

Aus der Gerontopsychiatrischen Abteilung  
der Freien Universität Berlin

Leiter: Prof. Dr. med. S. Kanowski

**EIN BEITRAG ZUR WEITERENTWICKLUNG EINES  
GERONTOPSYCHIATRISCHEN  
SOZIALDOKUMENTATIONSSYSTEMS**

**Ergebnisse einer Praktikabilitätsprüfung**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde  
an den Medizinischen Fachbereichen  
der Freien Universität Berlin

---

vorgelegt von KLAUS LIEBERZ aus Lemförde

---

1978



Aus der Gerontopsychiatrischen Abteilung  
der Freien Universität Berlin

Leiter: Prof. Dr. med. S. Kanowski

---

Ein Beitrag zur Weiterentwicklung eines Geronto-  
psychiatrischen Sozialdokumentationssystems -

Ergebnisse einer Praktikabilitätsprüfung

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde  
an den Medizinischen Fachbereichen  
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von  
KLAUS LIEBERZ  
aus Lemförde

Referent: Prof. Dr. med. S. Kanowski

Korreferent: Prof. Dr. H.A. Paul



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche  
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 19.7.1978

# INHALT

|                                                                                                       |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| I. Einleitung .....                                                                                   | S. | 5  |
| 1. Ziel und Zweck der vorliegenden Arbeit .....                                                       | S. | 5  |
| 2. Methodik .....                                                                                     | S. | 7  |
| 3. 'Setting' .....                                                                                    | S. | 11 |
| 4. Beschreibung der untersuchten Stichprobe .....                                                     | S. | 12 |
| II. Ergebnisse .....                                                                                  | S. | 26 |
| 1. Zur Frage der Praktikabilität des<br>Dokumentationssystems .....                                   | S. | 26 |
| 1.1. Allgemeine Erfahrungen .....                                                                     | S. | 26 |
| 1.2. Formale Aspekte .....                                                                            | S. | 28 |
| 1.2.1. Basis-Dokumentationssystem .....                                                               | S. | 28 |
| 1.2.2. Sozial-Dokumentationssystem .....                                                              | S. | 29 |
| 1.3. Inhaltliche Aspekte .....                                                                        | S. | 30 |
| 1.4. Formale Analyse der Daten .....                                                                  | S. | 50 |
| 2. Anamnesebogen - Sozialdokumentations-<br>system; Zur Frage der Projizierbarkeit<br>der Daten ..... | S. | 58 |
| III. Das Sozialdokumentationssystem .....                                                             | S. | 64 |
| 1. Vorbemerkungen .....                                                                               | S. | 64 |
| 1.1. Sozialdokumentation - warum? .....                                                               | S. | 64 |
| 1.2. Funktionen eines Sozialdokumentations-<br>systems .....                                          | S. | 66 |
| 1.3. Äußere Gestaltung des Sozialdokumenta-<br>tionssystems .....                                     | S. | 68 |
| 1.4. Ausgangshypothesen für die Auswahl des<br>Merkmalsbestandes .....                                | S. | 69 |
| 2. Die Auswahl des Merkmalsbestandes .....                                                            | S. | 72 |
| 2.1. Sozioökonomische Situation .....                                                                 | S. | 72 |
| 2.1.1. Vorbemerkungen .....                                                                           | S. | 72 |
| 2.1.2. Faktoren sozialer Schichtung .....                                                             | S. | 73 |
| 2.1.2.1. Beruf .....                                                                                  | S. | 75 |
| 2.1.2.1.1. Art der Berufstätigkeit .....                                                              | S. | 76 |
| 2.1.2.1.2. Geschlechtsspezifische Unterschiede ....                                                   | S. | 79 |
| 2.1.2.1.3. Pensionierung .....                                                                        | S. | 82 |
| 2.1.2.1.4. Anpassung an die Pensionierung .....                                                       | S. | 84 |
| 2.1.2.1.4.1. Einkommen und Einkommensverminderung ...                                                 | S. | 84 |
| 2.1.2.1.4.2. Aktivität und Freizeitverhalten .....                                                    | S. | 87 |

|            |                                                                                                                                                                               |    |     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 2.1.2.2.   | Wohnungssituation .....                                                                                                                                                       | S. | 89  |
| 2.1.2.2.1. | Situative Aspekte .....                                                                                                                                                       | S. | 89  |
| 2.1.2.2.2. | Anthropologische Aspekte .....                                                                                                                                                | S. | 90  |
| 2.1.2.2.3. | Spezielle gerontopsychiatrische Aspekte .....                                                                                                                                 | S. | 92  |
| 2.1.2.2.4. | Zusammenfassung .....                                                                                                                                                         | S. | 95  |
| 2.1.3.     | Kennzeichnung notwendiger Merkmals-<br>bereiche .....                                                                                                                         | S. | 95  |
| 2.1.3.1.   | Beruf .....                                                                                                                                                                   | S. | 95  |
| 2.1.3.2.   | Wohnungssituation .....                                                                                                                                                       | S. | 96  |
| 2.1.4.     | Gegenüberstellung und Vergleich der Aus-<br>wahl des Merkmalsbestandes des Ausgangs-<br>dokumentationssystems und der vorzuschla-<br>genden Weiterentwicklung desselben ..... | S. | 97  |
| 2.1.4.1.   | Sozioökonomische Situation .....                                                                                                                                              | S. | 97  |
| 2.1.4.2.   | Diskussion der Veränderungsvorschläge ..                                                                                                                                      | S. | 99  |
| 2.1.4.3.   | Wohnungssituation .....                                                                                                                                                       | S. | 102 |
| 2.1.4.4.   | Diskussion der Veränderungsvorschläge ..                                                                                                                                      | S. | 103 |
| 2.2.       | Sozialbeziehungen .....                                                                                                                                                       | S. | 105 |
| 2.2.1.     | Vorbemerkungen .....                                                                                                                                                          | S. | 105 |
| 2.2.2.     | Isolation .....                                                                                                                                                               | S. | 107 |
| 2.2.2.1.   | Begriffsbestimmung .....                                                                                                                                                      | S. | 107 |
| 2.2.2.2.   | Soziologische Variablen .....                                                                                                                                                 | S. | 108 |
| 2.2.2.3.   | Familienbezüge .....                                                                                                                                                          | S. | 111 |
| 2.2.2.3.1. | 'Intimität auf Abstand' .....                                                                                                                                                 | S. | 111 |
| 2.2.2.3.2. | Intensität der Eltern-Kind Beziehung ...                                                                                                                                      | S. | 113 |
| 2.2.3.     | Vereinsamung .....                                                                                                                                                            | S. | 115 |
| 2.2.3.1.   | Soziologische Variablen .....                                                                                                                                                 | S. | 115 |
| 2.2.3.2.   | Psychologische Variablen .....                                                                                                                                                | S. | 117 |
| 2.2.4.     | Zusammenfassung .....                                                                                                                                                         | S. | 118 |
| 2.2.5.     | Zusammenhänge zwischen Faktoren der<br>sozialen Isolation und psychischen<br>Alterserkrankungen .....                                                                         | S. | 119 |
| 2.2.5.1.   | Schizophrenes Syndrom im Alter .....                                                                                                                                          | S. | 119 |
| 2.2.5.1.1. | Notwendigkeit der multifaktoriellen<br>Betrachtungsweise .....                                                                                                                | S. | 119 |
| 2.2.5.1.2. | Soziologische und sozialpsychologische<br>Faktoren in der Diskussion .....                                                                                                    | S. | 119 |

|            |                                                                                                                                                                               |    |     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 2.2.5.1.3. | Zusammenfassung .....                                                                                                                                                         | S. | 124 |
| 2.2.5.2.   | Suizid und Suizidversuch .....                                                                                                                                                | S. | 124 |
| 2.2.5.2.1. | Soziologische Faktoren .....                                                                                                                                                  | S. | 124 |
| 2.2.5.2.2. | Sozialpsychologische Faktoren .....                                                                                                                                           | S. | 127 |
| 2.2.5.2.3. | Zusammenfassung .....                                                                                                                                                         | S. | 128 |
| 2.2.5.3.   | Altersdepressionen .....                                                                                                                                                      | S. | 129 |
| 2.2.5.3.1. | Allgemeine Vorbemerkungen .....                                                                                                                                               | S. | 129 |
| 2.2.5.3.2. | Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur .....                                                                                                                                     | S. | 130 |
| 2.2.5.3.3. | Spezifische Belastungssituationen .....                                                                                                                                       | S. | 131 |
| 2.2.5.3.4. | Zusammenfassung .....                                                                                                                                                         | S. | 134 |
| 2.2.5.4.   | Intellektuelle Leistungsfähigkeit im<br>Alter und Senile Demenz .....                                                                                                         | S. | 134 |
| 2.2.5.4.1. | Bedingungen intellektueller Leistungs-<br>fähigkeit .....                                                                                                                     | S. | 134 |
| 2.2.5.4.2. | Zusammenhang zwischen normalpsycholo-<br>gischem und pathologischem Alter .....                                                                                               | S. | 137 |
| 2.2.5.4.3. | Bedeutung sozialer und sozialpsycholo-<br>gischer Faktoren .....                                                                                                              | S. | 138 |
| 2.2.5.4.4. | Zusammenfassung .....                                                                                                                                                         | S. | 139 |
| 2.2.6.     | Kennzeichnung notwendiger Merkmalsbereiche                                                                                                                                    | S. | 139 |
| 2.2.7.     | Gegenüberstellung und Vergleich der Aus-<br>wahl des Merkmalsbestandes des Ausgangs-<br>dokumentationssystems und der vorzuschla-<br>genden Weiterentwicklung desselben ..... | S. | 141 |
| 2.2.7.1.   | Diskussion der Veränderungsvorschläge ...                                                                                                                                     | S. | 142 |
| 2.3.       | Gesundheit .....                                                                                                                                                              | S. | 145 |
| 2.3.1.     | Subjektive Einschätzung des Gesundheits-<br>zustandes .....                                                                                                                   | S. | 147 |
| 2.3.2.     | Lebenszufriedenheit .....                                                                                                                                                     | S. | 148 |
| 2.3.3.     | Gesundheitsverhalten .....                                                                                                                                                    | S. | 151 |
| 2.3.4.     | Pflege- und Hilfsbedürftigkeit .....                                                                                                                                          | S. | 153 |
| 2.3.5.     | Kennzeichnung notwendiger Merkmals-<br>bereiche .....                                                                                                                         | S. | 154 |
| 2.3.6.     | Gegenüberstellung und Vergleich der Aus-<br>wahl des Merkmalsbestandes des Ausgangs-<br>dokumentationssystems und der vorzuschla-<br>genden Weiterentwicklung desselben ..... | S. | 155 |

|          |                                                                                             |    |     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 2.3.6.1. | Diskussion der Veränderungsvorschläge ...                                                   | S. | 157 |
| IV.      | Schlußfolgerungen .....                                                                     | S. | 160 |
| 1.       | Neuordnung des Sozialdokumentations-<br>systems .....                                       | S. | 160 |
| 1.1.     | Vorschläge zur Veränderung des Anamnese-<br>bogens .....                                    | S. | 160 |
| 1.2.     | Aufbau des Sozialdokumentationssystems ..                                                   | S. | 162 |
| 1.3.     | Die Belegbögen - Merkmalsbestand,<br>Operationalisierung und räumliche Anord-<br>nung ..... | S. | 164 |
| 1.3.1.   | Belegbogen: Anamnese .....                                                                  | S. | 164 |
| 1.3.1.1. | Merkmalsbereiche und Operationalisierung                                                    | S. | 164 |
| 1.3.1.2. | Räumlicher Aufbau des Markierungsbelegs .                                                   | S. | 169 |
| 1.3.2.   | Belegbogen: Sozioökonomische Situation ..                                                   | S. | 170 |
| 1.3.2.1. | Merkmalsbereiche und Operationalisierung                                                    | S. | 170 |
| 1.3.2.2. | Räumlicher Aufbau des Markierungsbelegs .                                                   | S. | 174 |
| 1.3.3.   | Belegbogen: Wohnungssituation .....                                                         | S. | 175 |
| 1.3.3.1. | Merkmalsbereiche und Operationalisierung                                                    | S. | 175 |
| 1.3.3.2. | Räumlicher Aufbau des Markierungsbelegs .                                                   | S. | 180 |
| 1.3.4.   | Belegbogen: Sozialbeziehungen .....                                                         | S. | 181 |
| 1.3.4.1. | Merkmalsbereiche und Operationalisierung                                                    | S. | 181 |
| 1.3.4.2. | Räumlicher Aufbau des Markierungsbelegs .                                                   | S. | 185 |
| 1.3.5.   | Belegbogen: Gesundheit .....                                                                | S. | 186 |
| 1.3.5.1. | Merkmalsbereiche und Operationalisierung                                                    | S. | 186 |
| 1.3.5.2. | Räumlicher Aufbau des Markierungsbelegs .                                                   | S. | 190 |
| V.       | Zusammenfassung .....                                                                       | S. | 191 |
|          | Literaturverzeichnis' .....                                                                 | S. | 193 |
| VI.      | Anhang: Ausgangsdokumentationssystem .....                                                  | S. | 212 |

## I. Einleitung

### 1. Ziel und Zweck der vorliegenden Arbeit

Im Jahre 1970 wurde in der Bundesrepublik eine Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie gegründet. Diese hat sich zum Ziel gesetzt, "Interdisziplinäre Forschungen auf diesem Gebiet voranzutreiben und zu koordinieren!" (76) Dabei kommt, wie HIPPIUS und KANOWSKI 1974 ausführten, der Bearbeitung epidemiologischer Probleme besondere Bedeutung zu, da erst auf dem Boden solider epidemiologischer Erkenntnisse erfolgreich versprechende und effektive Planungsarbeit geleistet werden kann. (93) Als ein Schritt in diese Richtung ist das auf Anregung der Berliner Arbeitsgruppe hin entwickelte gerontopsychiatrische Basis- und spezielle Sozialdokumentationssystem zu betrachten, das Grundlage der hier vorliegenden Arbeit ist. (39, 57, 72)

Nach der Entwicklung konnte dieses gerontopsychiatrische Dokumentationssystem (s. Anhang) in eine erste praktische Erprobung gehen. Die Berliner Arbeitsgruppe beschloß, die Dokumentation an geriatrischen Populationen zu erproben, die durch verschiedene Institutionen erfaßt werden. Es sollten jeweils 60 über 65 jährige Patienten der Geriatrischen Abteilungen aus der Landesnervenklinik Berlin und der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin, der internen Abteilung des Städt. Bürgerhaus-Hospitals, der internen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses Berlin und des Gesundheitsamtes im Bezirk Charlottenburg von Berlin untersucht werden. (insgesamt 300 Patienten, in der Folge als 'Gesamtpopulation' bezeichnet). Davon wurde ein Hinweis auf die Anwendbarkeit des Dokumentationssystems unter verschiedenen Untersuchungsbedingungen und bei unterschiedlich zusammengesetzten Patienten-Gruppen erwartet.

Die hier vorliegende Arbeit ist Teil des skizzierten umfassenden Projektes. Sie enthält die Erfahrungen, die im Umgang mit dem Dokumentationssystem bei der Untersuchung gerontopsychiatrischer Patienten in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik

Berlin gemacht wurden. Im Sinne der Zielsetzung des Projektes soll die Arbeit einen Beitrag zur Überprüfung der Praktikabilität und Anwendbarkeit des entwickelten Dokumentationssystems leisten. Weiterhin soll sie auf der Basis der praktischen Erfahrungen Hinweise für erforderliche Kürzungen, Veränderungen oder Ergänzungen des Merkmalbestandes liefern. (25)

Darüberhinaus soll die Arbeit Antwort auf die Frage geben, inwieweit das Bemühen bei der Konzipierung beider Dokumentationssysteme, hinsichtlich der Sozialdaten eine Vergleichbarkeit von Basisdokumentation und Sozialdatenzusatzdokumentation zu erzielen, erfolgreich war.

Schwerpunktmäßig soll sie sodann eine theoretisch-empirische Fundierung und Weiterentwicklung des Sozialdokumentationssystems auf dem Boden der praktischen Erfahrungen und der theoretischen Diskussion geben.

Die Aufgaben dieser Arbeit liegen also auf der methodologischen Ebene. Dementsprechend soll hier auch keine inhaltliche Analyse der bei der Untersuchung der Patienten gewonnenen Daten vorgenommen werden. Soweit eine Datenanalyse erfolgt, hat sie allein zum Ziel, bei der Beantwortung der methodologischen Fragen behilflich zu sein oder sie ist rein deskriptiver Art.

Den gestellten Aufgaben entsprechend, ist diese Arbeit so aufgebaut, daß zunächst die in der praktischen Erprobung des Basis- und Sozialdatendokumentationssystems gemachten Erfahrungen widergegeben und die gestellten Fragen hinsichtlich Praktikabilität des Systems und Vergleichbarkeit der Daten von Basis- und Sozialdatenzusatzdokumentation beantwortet werden.

Dann wird im zweiten Teil - als besondere Aufgabe dieser Arbeit - die Weiterentwicklung des Sozialdokumentationssystems vorgenommen. Dabei werden zunächst die Ausgangshypothesen mit ihrem theoretischen Hintergrund aufgezeigt. Dann wird ein Überblick über die in den einzelnen, als wichtig erachteten Sozialbereichen bisher vorliegenden Forschungsergebnissen ge-

geben. Anschließend werden in den einzelnen Bereichen die Veränderungsvorschläge diskutiert, die sich aus den praktischen Erfahrungen und der theoretisch-empirischen Diskussion ergeben.

In einem dritten Teil werden die solcherart gewonnenen Veränderungsvorschläge aus den einzelnen Bereichen wieder zusammengefaßt und als Ergebnis der Arbeit ein Vorschlag zur Neugestaltung des Sozialdokumentationssystems gemacht.

## 2. Methodik

Vor dem Start der Untersuchung wurden die Untersucher im gemeinsamen Rating von Patienten über die Fernsehanlage der Psychiatrischen Klinik II der FU Berlin im Umgang mit Markierungsdokumentationssystem, Merkmalsbestand und zugehörigem Glossar vertraut gemacht.

In einer Vorausphase wurden dann die Befunde von jeweils 10 Patienten dokumentiert und danach die entstandenen Probleme im Umgang mit Patienten, Markierungsbelegen und Glossar in der Arbeitsgruppe besprochen und notwendige Übereinkünfte festgelegt. Während der Hauptphase des Untersuchungsprogramms traf sich die Arbeitsgruppe (Untersucher und Betreuer) in dreiwöchentlichen Abständen, um das Einhalten der Untersuchungsbedingungen und den möglichst gleichzeitigen Untersuchungsablauf zu kontrollieren, neu aufgetretene Schwierigkeiten und daraus resultierende Korrekturvorschläge festzuhalten und gleichzeitig die Auswertungsprogramme für die Elektronische Datenverarbeitung vorzubereiten.

Es wurde vereinbart, daß auf den Markierungsbelegen des Dokumentationssystems Befund und Verhältnisse des Patienten abgebildet werden, wie sie sich zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik darstellen. Aus diesem Grund wurde festgelegt, daß die für die Dokumentation gerontopsychiatrischer Daten notwendige Untersuchung innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme vorzunehmen ist, während Anamnese und Sozialdaten auch später, jedoch spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Klinikaufnahme, noch er-

hoben werden können.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden insgesamt 64 Patienten untersucht, davon 10 Patienten im Probelauf, 4 Patienten wurden aus formalen Gründen nicht in die Auswertung einbezogen, da sie schon untersucht worden waren, bevor sich die Arbeitsgruppe auf die standardisierte Überprüfung der mnestischen Funktionen der Patienten umstellte. Die Untersuchungen fanden in zwei Untersuchungsgängen zu jeweils 25 Patienten zwischen dem 17.3.73 und 30.11.73 statt. Der Untersucher war zum Zeitpunkt der Untersuchung als Arzt in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik tätig und besaß psychiatrische Vorbildung. Nur in zwei Fällen war der Untersucher gleichzeitig auch behandelnder Arzt.

Die Untersuchung dieses Samples erfolgte, wie oben bereits ausgeführt, in einer großen Nervenklinik Berlins mit ca. 2500 Betten. Die Gruppe der Alterskranken umfaßt ca. 20% der Gesamtaufnahmen der Klinik. Das waren im Jahre 1973 695 über 65 jährige.

Bei dieser großen Anzahl der Aufnahmen in die Klinik stellte sich die Frage nach einer geeigneten Auswahl der Patienten. Obwohl für die Praktikabilitätsüberprüfung des Dokumentationsystems eine repräsentative Auswahl der Patienten nicht unbedingt erforderlich schien, hatte die Arbeitsgruppe doch eine möglichst zufällige Auswahl vereinbart. So wurde in der Voruntersuchung versucht, jeden zweiten aus dem in Frage kommenden Personenkreis einzubeziehen. Dies scheiterte jedoch schon innerhalb des Probelaufs an dem vom Untersucher allein nicht zu bewältigenden Angebot. Es wurde daher nach der Untersuchung von 5 Patienten dazu übergegangen, nur noch jeden dritten Aufgenommenen zu untersuchen. Doch auch diese Lösung stellte sich als nicht praktikabel heraus. Nach Abschluß der Voruntersuchungen und Auswertung der darin gewonnenen Erfahrungen wurde daher in der Hauptuntersuchung folgendes Verfahren angewandt:

Auswahlkriterium war der Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik. Es wurde der Patient untersucht, der am Untersuchungstage als letzter vor 16.30 h in die Klinik kam. Patienten, die nach 16.30 h in die Klinik aufgenommen wurden, konnten nur in die Untersuchung einbezogen werden, wenn kein weiterer Patient aus dem zu unter-

suchenden Personenkreis innerhalb der letzten 24 Stunden in die Klinik gekommen war.

Diese Regelung hatte den Vorteil, daß der Patient in der Regel nach Klinikaufnahme zunächst vom Referenten untersucht werden konnte, und zwar noch am gleichen Tage und noch nicht vorexploriert. Es wurde auch noch der vorletzte Aufgenommene untersucht, wenn es zeitlich möglich war und / oder wenn der zuletzt Aufgenommene aus irgendwelchen Gründen nicht in die Untersuchungsreihe aufgenommen werden konnte (z.B. Koma). Aus zeitlichen und innerklinischen Organisationsproblemen heraus, war es praktisch nie möglich, mehr als einen Patienten am Tage zu untersuchen.

An Sonn- und Feiertagen wurde nicht untersucht, weil an diesen Tagen, wie sich im Probelauf herausstellte, nur ausnahmsweise Patienten des untersuchten Personenkreises in die Klinik aufgenommen wurden. Das hängt unmittelbar mit dem Einweisungsmodus zusammen, welcher bei dieser Teilpopulation zu 88% auf behördlichen Einweisungen beruht. Auch die gewählte Stichzeit ist an die Öffnungszeit der Behörden gekoppelt, denn bis zu diesem Zeitpunkt sind erfahrungsgemäß fast alle Zwangseingewiesenen in der Klinik angelangt.

Die Patienten wurden vereinbarungsgemäß innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme untersucht, wobei zumindest der psychopathologische und somatische Befund (ohne Labor-, Röntgen u.a. Spezialuntersuchungen) dokumentiert wurde. Für die Erhebung der Sozialdaten stand zwar ein Zeitraum von 14 Tagen nach der Aufnahme zur Verfügung, jedoch wurde versucht, auch diese Angaben im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung bereits zu erhalten. Die fehlenden Untersuchungsergebnisse der weiteren somatischen Diagnostik wurden innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach der Aufnahme nachgetragen. Ergebnisse, die nicht innerhalb dieses Zeitraumes erhoben worden waren, wurden nicht berücksichtigt.

Die Untersuchung konnte in der Regel in gesonderten Untersuchungsräumen vorgenommen werden, in 7 Fällen war die Exploration am Krankenbett und d.h. im Wachsaal notwendig. Dabei ergaben

sich naturgemäß eine Reihe von Störfaktoren (z.B. erregte, verwirrte und psychotische Patienten im Nebenbett etc.) welche sich auf Aufmerksamkeit und Konzentration der Untersuchten auswirkten.

Es wurde zunächst, bis auf Ausnahmen, wo die Situation ein anderes Vorgehen verlangte, eine psychiatrische Exploration durchgeführt, in welche die von der Dokumentation erforderten Fragekomplexe in flexibler Weise einfließen, so daß der Verlauf des Gespräches ganz auf den jeweiligen Patienten abgestellt wurde. Es wurde also ein halbstrukturiertes Interview geführt, welches jedoch um so strukturierter verlief, je weniger kooperationsbereit oder -fähig die Patienten waren. Im Anschluß an die Exploration wurde die körperliche Untersuchung durchgeführt. Die Untersuchungen zur Merkfähigkeit, Aphasie, Agnosie und Dyspraxie wurden vereinbarungsgemäß am Ende der Exploration ausgeführt.

Die Markierung der Belege erfolgte unmittelbar im Anschluß an die Untersuchung. Ausgenommen wurde die Markierung der Bogenköpfe (I-Zahl etc.) und die Verschlüsselung der Diagnosen, die später erfolgte, nachdem alle benötigten Angaben vorlagen.

Außer der Markierung der Belege wurde zu jedem einzelnen Merkmalsbereich des Dokumentationssystems noch eine gesonderte Aufzeichnung erhoben, welche Besonderheiten und Schwierigkeiten in bezug auf die jeweilige Rubrik enthielten. Zu diesem Zweck wurden die einzelnen Abschnitte des Dokumentationssystems durchnummeriert. So konnten die gesammelten Erfahrungen von Patient zu Patient punktweise verglichen und zusammenfassend niedergelegt werden. Diese Notizen wurden noch ergänzt durch eine Gesprächsaufzeichnung von Verlauf und Inhalt der Exploration. So ist es auch nachträglich noch möglich, Vergleiche hinsichtlich des Informationsgehaltes des Dokumentationssystems mit den während der Exploration insgesamt erhaltenen Angaben durchzuführen.

Um die Ausfälle innerhalb des untersuchten Kollektivs durch Verschlechterung des Befindens, Tod oder Verlegung in eine andere Klinik so gering wie möglich zu halten, wurde, soweit es eben zumutbar und durchführbar war, nur eine Exploration durchgeführt und eine Zusatzexploration vermieden.(s.a. S.11)

### 3. Äußere Untersuchungsbedingungen ("Setting")

Verlauf und Ergebnis eines Interviews sind abhängig von zahlreichen äußeren Einflüssen. Außer den, die soziale Situation des Interviews beeinflussenden Merkmalen, die durch die Person des Interviewers und des Befragten (Geschlecht, Alter, Rasse, Schichtzugehörigkeit etc.) vorgegeben sind, spielen auch die äußeren Bedingungen der Interviewsituation eine besondere Rolle. So ist die Tatsache der durch das Arzt-Patient Verhältnis strukturierten Macht- und Abhängigkeitsbeziehung zu bedenken, die sich unter klinischen Bedingungen wieder anders als unter ambulanten darstellt. Insbesondere auch die Art der Einweisung des Patienten in die Klinik muß hier bedacht werden. So sind in dieser Teilpopulation 88% der Patienten zwangseingewiesen worden, was ihr Verhalten in der Untersuchungssituation z.T. im Sinne einer Bagatellisierungstendenz auffälliger und zur Einweisung führender Verhaltensweisen beeinflusste, mit dem Ziel, die sofortige oder zumindest frühzeitige Entlassung zu bewirken. Außer diesen hier nur kurz und sicher auch unvollständig skizzierten Einfluß auf die Untersuchung ausübenden Variablen, verdienen auch die Verhältnisse in der Klinik und insbesondere auf der entsprechenden Aufnahmestation Beachtung.

Die Patienten werden nach der Aufnahme in die Klinik auf 6 Aufnahmehäuser verteilt (3 Frauen, 3 Männer). Dort werden sie zunächst immer im Wachsaal untergebracht. Als Beispiel mögen hier die Verhältnisse auf der Station 10 (Aufnahme Frauen) geschildert werden, wie sie sich bereits im Jahre 1971 darboten und zum Zeitpunkt der Untersuchung unverändert fortbestanden. Wie von BUCK (32) veröffentlicht, sind hier auf einer Fläche von 366 qm 80 Patienten untergebracht, das sind 4 1/2 qm für einen Patienten. "Die Stationsausstattung ist kümmerlich: Wegen der räumlichen Enge können in mehreren Zimmern keine Nachttische aufgestellt werden. Vielfach stehen die Betten so eng, daß niemand sich dazwischen bewegen kann. Zeitweilig ist es so, daß auf dem Fußboden stehende Tragen von Patienten belegt werden müssen. Insgesamt stehen 8 Waschbecken für die 80 Patienten zur Verfügung, 1 Badezimmer mit 2 Wannen sowie 4 Toiletten. In den einzelnen Zimmern stehen durchschnittlich 11 Betten, der

größte Raum hat 15 Betten. Beispielsweise ist der Wachsaal nur für 6 Betten vorgesehen, tatsächlich befinden sich darin jedoch 10 Betten ..."

16 Patienten (=32%) des untersuchten Kollektivs waren auf dieser Station untergebracht. Daß diese Verhältnisse erheblichen Einfluß auf das Befinden der Patienten und damit auch auf die Erhebung der Daten für die Dokumentation haben, ist nicht zu bestreiten. Gerade für die Erhebung des psychopathologischen Befundes und der Sozialdaten ist es wichtig, unerwünschte und störende Einflüsse soweit wie möglich auszuschalten. Deshalb wurde, wo es eben nur ging, unmittelbar nach der Aufnahme in die Klinik untersucht und versucht, alle für die Dokumentation notwendigen Angaben im Rahmen einer einzigen Exploration zu erhalten. Trotzdem sind Einflüsse aus dieser Gesamtsituation auf die Erhebung der Daten sicher nicht ganz auszuschalten gewesen. (99, 123, 144, 171)

#### 4. Beschreibung der untersuchten Stichprobe

Die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik ist mit ca. 2500 Betten die größte Nervenklinik Berlins. Der Einzugsbereich dieser Klinik erstreckt sich auf 6 (von 12) Verwaltungsbezirken von Berlin, nämlich Kreuzberg, Neukölln, Reinickendorf, Steglitz, Tiergarten und Wedding. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ist die Klinik gezwungen, alle Zwangseingewiesenen mit Wohnsitz in diesen Bezirken sowie alle Personen ohne festen Wohnsitz aufzunehmen und zu versorgen. (Alle Angaben sind bezogen auf den Zeitpunkt der Untersuchung)

In diesen 6 Verwaltungsbezirken wohnen 1 109 915 Menschen, das sind 54,6% der Berliner Bevölkerung. Von den über 65 jährigen Berlinern wohnen 242 886 in diesen Bezirken, das sind 53,8%. Von der sozioökonomischen Schichtung her handelt es sich z.T. vorwiegend um Arbeiterbezirke (Wedding 61,1% der Gesamtpopulation Arbeiter, Kreuzberg 64,0%, Neukölln 51,6%), z.T. um Bezirke mit gemischter Population aus Unter- und unterer Mittelschicht. Der durchschnittliche Arbeiteranteil an der Gesamtbevölkerung des Einzugsgebietes der Klinik beträgt 51,16%. In den

anderen 6 Verwaltungsbezirken Berlins beträgt er im Vergleich dazu 36,98%. (191)

Entsprechend der sozioökonomischen Struktur der Bezirke setzt sich auch das Krankengut der Klinik überwiegend aus Menschen dieser Schichten zusammen. Dabei bilden die Diagnosegruppen der Suchtkranken mit ca. 40% und die Gruppe der Alterskranken mit ca. 20% der Gesamtaufnahmen die beiden größten Kollektive. Die Anzahl der Klinikaufnahmen betrug im Jahre 1973: 3598. Davon waren 695 (=19,3%) über 65 Jahre alt.

Wie Tab. 1 zu entnehmen ist, waren von den 695 über 65 jährig, die 1973 in die Klinik eingeliefert wurden, 199 (=28,6%) männlichen Geschlechts und 496 (=71,4%) weiblichen Geschlechts. Die 50 Patienten, die endgültig in die Untersuchung einbezogen wurden, stellen 7,2% der Grundgesamtheit. Hiervon waren 14 (=28%) männlich und 36 (=72%) weiblich.

---

Erläuterung zu den folgenden Tabellen:

$Pop_K$  = Grundgesamtheit aller über 65 jährigen, die im Jahre 1973 in die Karl-Bonhoeffer Nervenklinik aufgenommen wurden

$Pop_U$  = Untersuchte Stichprobe (Sample)

$Pop_G$  = Die von der Arbeitsgruppe in verschiedenen Berliner Institutionen untersuchte Gesamtpopulation

Tab. 1

|                                        | Anzahl | %    |
|----------------------------------------|--------|------|
| Gesamte<br>Klinikaufnahmen ( $Pop_K$ ) | 3598   | 100  |
| davon über<br>65 jährige               | 695    | 19,3 |
| davon<br>männlich                      | 199    | 28,6 |
| weiblich                               | 496    | 71,4 |

Fortsetzung Tab. 1

|                    | Anzahl | %   |
|--------------------|--------|-----|
| Sample ( $Pop_U$ ) | 50     | 7,2 |
| davon männlich     | 14     | 28  |
| weiblich           | 36     | 72  |

Was die Geschlechtsverteilung angeht, handelt es sich also um ein durchaus repräsentatives Sample. Die Altersverteilung weist jedoch einen deutlichen Unterschied zwischen der Grundgesamtheit und dem Sample auf. (Tab. 2 / Abb. 1+2)

| Alter \ Geschlecht | 65 - 70  |          | 71 - 75  |          | 76 - 80  |          | 81 - 85  |          | > 85     |          | Σ        |          |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                    | Pop<br>K | Pop<br>U | Pop<br>K | Pop<br>U | Pop<br>K | Pop<br>U | Pop<br>K | Pop<br>U | Pop<br>K | Pop<br>U | Pop<br>K | Pop<br>U |
| männlich           | 12.1     | 8        | 9.0      | 8        | 3.3      | 4        | 3.0      | 6        | 1.1      | 2        | 28.6     | 28       |
| weiblich           | 25.2     | 22       | 17.0     | 12       | 15.0     | 16       | 9.6      | 16       | 4.6      | 6        | 71.4     | 72       |
| Σ                  | 37.3     | 30       | 26.0     | 20       | 18.3     | 20       | 12.6     | 22       | 5.7      | 8        | 100      | 100      |

Tab. 2 Alter und Geschlechtsverteilung

Gegenüberstellung : Grundgesamtheit ( $Pop_K$ ) - Sample ( $Pop_U$ )

Angaben in %

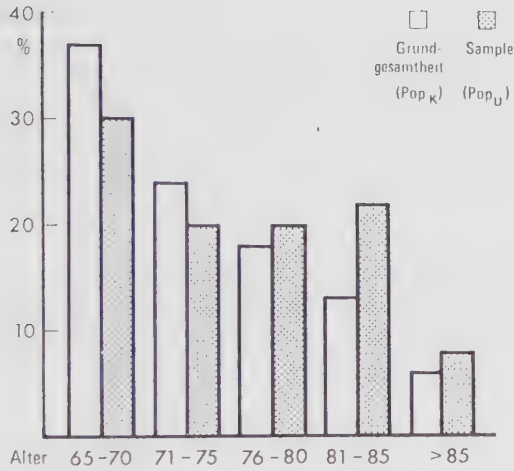


Abb. 1 Altersverteilung  
Gegenüberstellung: Grundgesamtheit (Pop\_K) –  
Sample (Pop\_U)

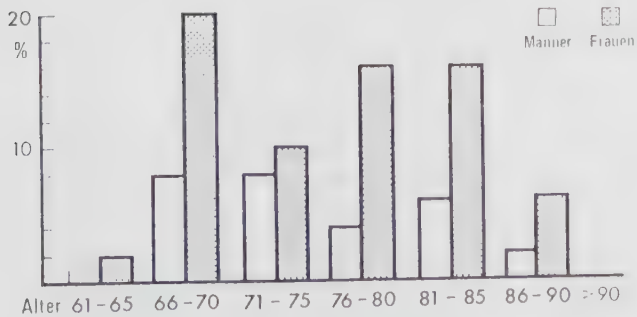


Abb. 2 Sample (Pop\_U): Altersverteilung nach Geschlecht

Wie die Zahlen zeigen, sind in die Untersuchung mehr ältere Personen einbezogen worden als es der Grundgesamtheit entsprochen hätte. Das Verhältnis der unter 75 jährigen zu den über 75 jährigen macht in der Grundgesamtheit 63% zu 37% aus, im Sample 50% zu 50%. Das Durchschnittsalter der untersuchten Männer betrug 75,5 Jahre, das der untersuchten Frauen 77,3 Jahre. Insgesamt ergab sich bei den Untersuchten ein Durchschnittsalter von 76,4 Jahre.

Beim Vergleich mit der von allen Untersuchern zusammen untersuchten Population zeigt sich eine durchaus ähnliche Altersverteilung. Das Durchschnittsalter in dieser Gesamtpopulation beträgt 76 Jahre. (Tab. 3 / Abb. 3, S. 17)

Wie die Tab. 4 zeigt, sind 12% der Patienten der Stichprobe ledig, 10% sind verheiratet, 24% getrennt oder geschieden und 54% verwitwet. Im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Untersuchten sind deutliche Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Verheirateten und Getrennt/Geschiedenen festzustellen. (Tab. 4 / Abb. 4, S. 18)

Entsprechend den Unterschieden im Zivilstand finden sich beim Vergleich mit der Gesamtpopulation auch entsprechende Unterschiede hinsichtlich der Wohnform. 70% der Patienten der untersuchten Stichprobe lebten allein (Gesamtpopulation 55%), nur 10% lebten noch mit dem Ehepartner zusammen (Gesamtpopulation 24%). (Tab. 5 / Abb. 5, S. 19)

Bei der Erfassung des Berufes läßt sich erwartungsgemäß zeigen, daß 98% der Patienten der Stichprobe sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Ruhestand befanden. 36% der Untersuchten waren früher als Arbeiter tätig, 20% als Facharbeiter und 22% als Angestellte. In der Gesamtpopulation läßt sich dagegen ein etwas geringerer Anteil von Arbeitern und Facharbeitern feststellen, während die Berufsgruppe der Angestellten etwas häufiger vertreten ist. In den übrigen Berufsgruppen sind auffällige Unterschiede nicht vorhanden. (Tab. 6, S. 20)

| Alter            |               | 61 | 65 | 66-70 | 71 | 75 | 76-80 | 81 | 85 | 86-90 | >90 | $\Sigma$ |
|------------------|---------------|----|----|-------|----|----|-------|----|----|-------|-----|----------|
| Pop <sub>U</sub> | Basis-Dokum.  | 2  |    | 30    |    | 20 | 18    |    | 20 | 8     | 0   | 98       |
|                  | Sozial-Dokum. | 2  |    | 30    |    | 20 | 18    |    | 22 | 8     | 0   | 100      |
| Pop <sub>G</sub> | Basis-Dokum.  | 4  |    | 29    |    | 23 | 20    |    | 14 | 6     | 0   | 96       |
|                  | Sozial-Dokum. | 4  |    | 29    |    | 24 | 20    |    | 15 | 7     | 0   | 99       |

Tab.3 Altersverteilung des Samples (Pop<sub>U</sub>) in der Gegenüberstellung von Basis- und Sozialdokumentation sowie im Vergleich zur Gesamtpopulation (Pop<sub>G</sub>).  
Angaben in %

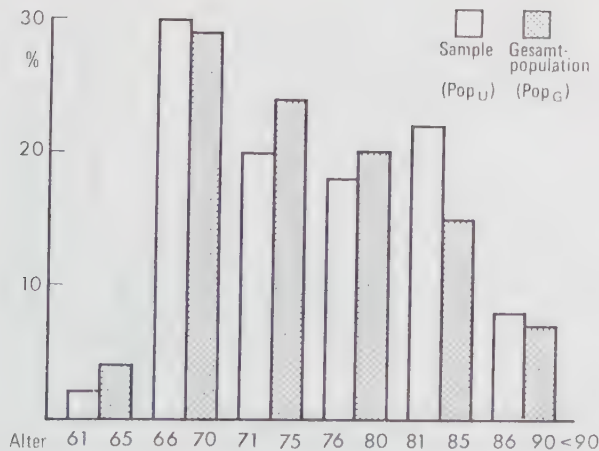


Abb. 3 Altersverteilung, Gesamtpopulation (Pop<sub>G</sub>) – Sample (Pop<sub>U</sub>)

| Zivilstand<br>Population |               | ledig | verh. | getr./<br>geschl. | verw | keine Markierung | nicht erhoben<br>nicht abklarb. | Summe |
|--------------------------|---------------|-------|-------|-------------------|------|------------------|---------------------------------|-------|
| Pop <sub>U</sub>         | Basis-Dokum.  | 12    | 10    | 24                | 54   | 0                | 0                               | 100   |
|                          | Sozial-Dokum. | 12    | 10    | 24                | 54   | 0                | 0                               | 100   |
| Pop <sub>G</sub>         | Basis-Dokum.  | 16    | 26    | 11                | 46   | 0                | 0                               | 99    |
|                          | Sozial-Dokum. | 16    | 26    | 11                | 46   | 1                | 0                               | 100   |

Tab. 4 Zivilstand

Gegenüberstellung : Sample (Pop<sub>U</sub>) -- Gesamtpopulation (Pop<sub>G</sub>)

Angaben in %

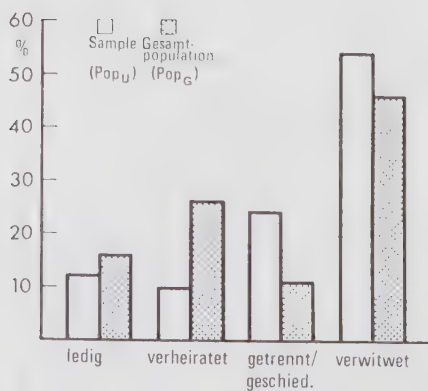


Abb. 4 Zivilstand

| Untersuchte<br>Population<br>Wohnform | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> |
|---------------------------------------|------------------|------------------|
| keine Markierung                      | 0                | 0                |
| wohnt allein                          | 70               | 55               |
| nur mit Ehepartner                    | 10               | 24               |
| mit Ehepartner<br>und Kindern         | 0                | 3                |
| mit Kinder<br>ohne Ehepartner         | 2                | 3                |
| mit Bekannten                         | 0                | 1                |
| anderes                               | 18               | 12               |
| nicht erhoben                         | 0                | 0                |
| nicht abklärbar                       | 0                | 2                |

Tab. 5 Wohnform  
Gegenüberstellung : Sample (Pop<sub>U</sub>) –  
Gesamtpopulation (Pop<sub>G</sub>)  
Angaben in %

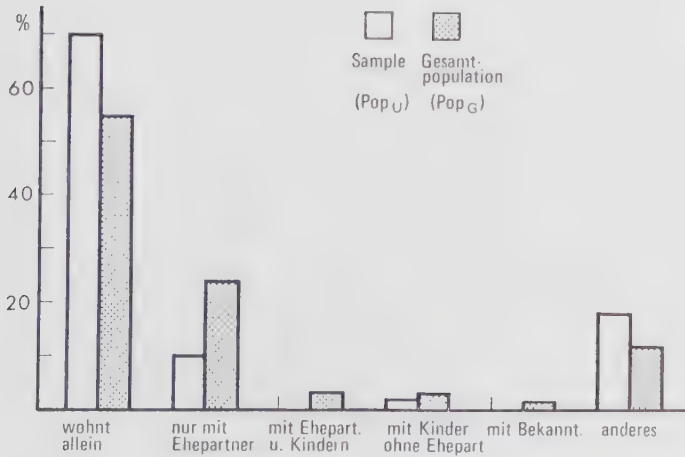


Abb. 5 Wohnform

| Untersuchte<br>Population<br>Beruf | Pop <sub>U</sub> |       | Pop <sub>G</sub> |       |
|------------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|
|                                    | früher           | jetzt | früher           | jetzt |
| keine Markierung                   | 0                | 0     | 3                | 14    |
| unzuläss. Mehrf.-markierung        | 0                | 0     | 0                | 0     |
| Hausfrau                           | 8                | 2     | 16               | 8     |
| Selbständig                        | 10               | 0     | 10               | 0     |
| Ltd. Beamter                       | 0                | 0     | 0                | 0     |
| Beamter                            | 2                | 0     | 3                | 0     |
| Ltd. Angestellter                  | 2                | 0     | 1                | 0     |
| Angestellter                       | 22               | 0     | 27               | 0     |
| Facharbeiter                       | 20               | 0     | 14               | 0     |
| Arbeiter                           | 36               | 0     | 25               | 0     |
| Landwirt                           | 0                | 0     | 0                | 0     |
| Anderes *                          | 0                | 98    | 0                | 78    |
| nicht erhoben                      | 0                | 0     | 0                | 0     |
| nicht abklärbar                    | 0                | 0     | 3                | 3     |

\* z.B. auch Rentner + Pensionäre

Tab. 6 Beruf

Gegenüberstellung : Sample ( Pop<sub>U</sub> ) – Gesamt-  
population ( Pop<sub>G</sub> ). Angaben in %

Die Einschätzung der "Sozialen Anpassung" erfolgte gemäß einem von CIOMPI und MEDWECKA (38) ausgearbeiteten Bewertungssystem. Die globale soziale Anpassung stellt im Rahmen dieses Systems eine kombinierte Beurteilung der drei grundlegenden Aspekte des Sozialverhaltens im Alter dar. Diese drei Aspekte werden als Selbständigkeitsgrad, Qualität und Quantität der Sozialbeziehungen bezeichnet und in jeweils drei Grade unterteilt, nämlich gut (Grad 1), schlecht (Grad 2) und unsicher (Grad 3). Erfolgt in allen drei Aspekten des Sozialverhaltens die Beurteilung gut, dann gilt die globale soziale Anpassung als gut. Als befriedigend ist sie anzusehen, wenn in zwei der drei Aspekte eine gute Beurteilung und in einem Aspekt eine schlechte erfolgte. Ist nur einmal eine gute und zweimal eine schlechte Einschätzung vorgenommen worden, ist die globale soziale Anpassung als mittel anzusehen, während sie als schlecht gilt, wenn in allen drei Aspekten des Sozialverhaltens eine schlechte Beurteilung vorliegt. Wenn auch nur in einem Bereich eine sichere Beurteilung nicht möglich ist, muß die globale soziale Anpassung ebenfalls als unsicher angesehen werden.

Bei der globalen Einschätzung der "Sozialen Anpassung" (s. Anhang, Belegbogen: Anamnese) wurden 6% der Patienten als gut, 8% als befriedigend, 12% als mittelgradig und 30% als schlecht angepaßt eingeschätzt. Hinsichtlich dieser Einschätzung ergeben sich deutliche Unterschiede im Vergleich zur Gesamtpopulation. (Tab. 7 und 8, S. 21)

| Grad der soz. Anpassung<br>Soziale Anpassung | Grad 1           |                  | Grad 2           |                  | Grad 3           |                  |
|----------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                              | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> |
| Selbstständigkeitsgrad                       | 26               | 33               | 64               | 46               | 8                | 18               |
| Qualität d. Sozialbez.                       | 18               | 40               | 54               | 37               | 26               | 21               |
| Quantität d. Sozialbez.                      | 36               | 39               | 50               | 38               | 12               | 20               |

Tab. 7 Soziale Anpassung

Gegenüberstellung : Sample ( Pop<sub>U</sub> ) – Gesamtpopulation ( Pop<sub>G</sub> )  
Angaben in %

| Globale Soz. Anpassung           | Population       |                  |
|----------------------------------|------------------|------------------|
|                                  | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> |
| gut                              | 6                | 20               |
| befriedigend                     | 8                | 11               |
| mittel                           | 12               | 14               |
| schlecht                         | 30               | 23               |
| unsicher                         | 42               | 30               |
| nicht erhoben<br>nicht abklärbar | 0                | 0                |
| keine Markierung                 | 2                | 2                |
| Σ                                | 100              | 100              |

Tab. 8 Globale soziale Anpassung  
Angaben in %

Die Einschätzung der Hilfsbedürftigkeit bietet ebenfalls ein unterschiedliches Bild zwischen dem Sample und der Gesamtpopulation. Jedoch ist diesmal in der Gesamtpopulation eine schlechtere Beurteilung festzustellen, d.h. ein höheres Ausmaß an Hilfsbedürftigkeit. 34% des Samples waren nicht hilfsbedürftig. Auffallend ist der hohe Anteil derjenigen, bei denen eine Hilfsbedürftigkeit anderer Art vorlag als sie mit den vorhandenen Items zu erfassen möglich war. Diese Hilfsbedürftigkeit resultierte direkt aus psychischen Störungen und bezieht sich besonders auf die Regelung sozialer Angelegenheiten. (Tab. 9) (s.S. 44 ff)

| Hilfs-<br>bedürftigkeit | Population<br>Popu | Popg |
|-------------------------|--------------------|------|
| Keine Markierung        | 34                 | 34   |
| völlige Hilflosigkeit   | 10                 | 9    |
| im Haushalt             | 24                 | 32   |
| bei der Körperpflege    | 8                  | 14   |
| z. T. notw. Betreuung   | 2                  | 15   |
| teils Bettlägerig       | 6                  | 17   |
| anderes                 | 42                 | 13   |
| nicht erhoben           | 0                  | 0    |
| nicht abklarbar         | 0                  | 2    |

Tab. 9 Hilfsbedürftigkeit  
Gegenüberstellung: Sample ( Pop<sub>U</sub> ) –  
Gesamtpopulation ( Pop<sub>G</sub> )  
Angaben in %

Bei der Erfassung der Pflegebedürftigkeit wurde festgehalten, ob eine Reihe von täglichen Verrichtungen selbständig (ohne Hilfe), nur mit Hilfe oder gar nicht ausgeführt werden konnten. Nur wenn bei allen Verrichtungen keine Hilfe benötigt wurde, dann war keine Pflegebedürftigkeit anzunehmen. Es zeigte sich, daß im Durchschnitt 32% der Patienten pflegebedürftig im Sinne dieser Untersuchung waren. 20% der Patienten konnten sich nur mit Hilfe oder gar nicht ankleiden, 30% nur mit Hilfe oder gar nicht gehen, 18% konnten sich nur mit Hilfe oder gar nicht waschen und 14% konnten nur mit Hilfe essen. (Tab. 10, S. 23)

| Grad der<br>Pflegebedürftigk.<br>Bereiche der<br>Pflegebedürftigkeit | keine<br>Pflegebedürf. |                  | ohne<br>Hilfe    |                  | mit Hilfe /<br>gar nicht |                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------|------------------|
|                                                                      | Pop <sub>U</sub>       | Pop <sub>G</sub> | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> | Pop <sub>U</sub>         | Pop <sub>G</sub> |
| sich ankleiden                                                       | 67                     | 66               | 12               | 9                | 20                       | 24               |
| gehen                                                                | 69                     | 69               | 0                | 8                | 30                       | 23               |
| sich waschen                                                         | 67                     | 66               | 14               | 11               | 18                       | 22               |
| essen                                                                | 67                     | 69               | 18               | 20               | 14                       | 11               |
| $\bar{x}$                                                            | 67.5                   | 67.5             | 11               | 12               | 20.51                    | 20               |

Tab. 10 Pflegebedürftigkeit

Gegenüberstellung : Sample ( Pop<sub>U</sub> ) – Gesamtpopulation  
( Pop<sub>G</sub> ) Angaben in %

| Bereiche der<br>Pflegebedürftigkeit | Population       |                  |
|-------------------------------------|------------------|------------------|
|                                     | Pop <sub>U</sub> | Pop <sub>G</sub> |
| sich ankleiden                      | 3.95             | 3.13             |
| gehen                               | 2.29             | 3.35             |
| sich waschen                        | 4.5              | 3.5              |
| essen                               | 6.07             | 8.08             |
| $\bar{x}$                           | 4.21             | 4.52             |

Tab. 11 Verhältnis von nicht Pflegebedürftigen ( keine  
Pflegebedürftigkeit und ohne Hilfe ) zu  
Pflegebedürftigen ( mit Hilfe und gar nicht )  
Gegenüberstellung : Sample (Pop<sub>U</sub>) –  
Gesamtpopulation (Pop<sub>G</sub>)

Im Vergleich zur Gesamtpopulation ergeben sich kaum Differenzen in den Durchschnittswerten. Stellt man die ermittelten Werte für 'keine Pflegebedürftigkeit' (hier: keine Markierung) und 'ohne Hilfe' denen von 'mit Hilfe' und 'gar nicht' gegenüber, so zeigt sich im Gesamtdurchschnitt eine etwas geringere Pflegebedürftigkeit in der Gesamtpopulation verglichen mit dem Sample. In den einzelnen Bereichen besteht allerdings wechselnd stärker ausgeprägte Pflegebedürftigkeit.

Die psychiatrische Diagnosenverteilung ist den Tab. 12 und 13 zu entnehmen. Bei den ersten psychiatrischen Diagnosen überwiegen, wie nicht anders zu erwarten, die organisch bedingten Altersstörungen, d.h. Senile Demenz und Psychosen bei Hirnarteriosklerose. Es folgen zahlenmäßig die paranoiden Psychosen im Involutionalter. Nur 16% der untersuchten Patienten wurden mit einer zweiten psychiatrischen Diagnose bedacht.

TAB. 12 Erste psychiatrische Diagnose (Angaben in %)

| Diagnose                                       | Sample | Gesamtpopulation |
|------------------------------------------------|--------|------------------|
| 293.0 Psychosen bei Hirn-<br>arteriosklerose   | 32     | 12               |
| 290.0 Senile Demenz                            | 24     | 27               |
| 297.1 Paranoide Psychose im<br>Involutionalter | 10     | 12               |
| 295.6 Defektschizophrenie                      | 6      | 2                |
| 296.0 Involutionsdepression                    | 4      | 6                |
| 300.4 Depressive Neurose                       | 4      | 2                |
| 303.2 Chron. Alkoholismus                      | 4      | 2                |
| Andere Diagnosen                               | 16     | 17               |
| Keine Markierung                               | 0      | 20               |

TAB. 13 Zweite psychiatrische Diagnose (Angaben in %)

|                                          |   |   |
|------------------------------------------|---|---|
| 303.1 Gewohnheitsmäßiger<br>Alkoholismus | 4 | 2 |
| 303.2 Chronischer<br>Alkoholismus        | 2 | 1 |
| 290.0 Senile Demenz                      | 0 | 2 |
| 291.4 Alkoholrausch                      | 2 | 0 |
| 298.0 Reaktive Depression                | 2 | 1 |
| Andere Diagnosen                         | 6 | 1 |

Die Tab. 14 und 15 geben die somatische Diagnosenverteilung wider. Dabei zeigt sich, daß Herzerkrankungen vorwiegend im Sinne der Rechtsherzinsuffizienz mit Abstand am häufigsten festzustellen waren. Daneben kommt auch Erkrankungen der Gelenke meist arthrotischer Art Bedeutung zu.

TAB. 14 Erste Allgemein-somatische Diagnose (Angaben in %)

| Diagnose                             | Sample | Gesamtpopul. |
|--------------------------------------|--------|--------------|
| 427.0 Rechtsherzinsuffizienz         | 16     | 4            |
| 428 Sonstige Herzmuskelerkr.         | 0      | 4            |
| 428.0 (?)                            | 0      | 19           |
| 402 Hochdruck                        | 8      | 2            |
| 713.0 Arthrosis deformans            | 8      | 2            |
| 440 Arteriosklerose                  | 6      | 1            |
| 582 Chron. Nephritis                 | 6      | 1            |
| 374 Katarakt                         | 4      | 1            |
| 401 Ess. Hochdruck                   | 4      | 1            |
| 403 Hochdruck und Nierenerkr.        | 4      | 1            |
| 404 Hochdruck, Herz- und Nierenerkr. | 4      | 1            |
| 454.9 Krampfadern                    | 4      | 1            |

TAB. 15 Zweite Allgemein-somatische Diagnose

|                                |    |    |
|--------------------------------|----|----|
| 454.9 Krampfadern              | 10 | 4  |
| 427.0 Rechtsherzinsuffizienz   | 6  | 2  |
| 428.0 (?)                      | 0  | 10 |
| 374 Katarakt                   | 6  | 1  |
| 250 Diabetes mell.             | 6  | 3  |
| 268 Marasmus/Kachexie          | 4  | 1  |
| 370 Presbyopie/Brechungsfehler | 6  | 1  |

Legt man die Ergebnisse der zweiten Hälfte der Untersuchung zugrunde, bei welcher eine gewisse Übung im Umgang mit den geriatrischen Patienten und dem Dokumentationssystem eine realitätsgerechte Dokumentation am ehesten erwarten läßt, so haben 64% der Patienten drei oder mehr allgemein-somatische Diagnosen zu verzeichnen. (s.S. 40)

## II. Ergebnisse

### 1. Zur Frage der Praktikabilität des Dokumentationssystems

#### 1.1. Allgemeine Erfahrungen

Wie oben bereits ausgeführt (s.S. 10,11), wurde, soweit es eben zumutbar und durchführbar war, nur einmal exploriert und eine Zusatzexploration vermieden. So war insgesamt nur viermal eine zweite Exploration notwendig, um fehlende Sozialdaten nachzutragen. Die gesetzte Frist von 14 Tagen konnte dabei ohne Schwierigkeiten eingehalten werden.

Die Untersuchungen zur Merkfähigkeit, Aphasie, Agnosie und Dyspraxie wurden vereinbarungsgemäß am Ende der Exploration ausgeführt, was Vor- aber auch Nachteile bot. Einerseits wurde dadurch verhindert, daß sich der Patient gleich im Beginn des Gespräches einer Prüfung unterzogen fühlte, so daß im allgemeinen zunächst eine regelgerechte Exploration stattfinden konnte. Dieses Vorgehen hatte aber auch den Nachteil, daß sich ein großer Teil der ohnehin leicht erschöpfbaren Alterspatienten am Ende einer solchen Exploration oft nur noch mit Mühe dazu in der Lage sah, die ihm gestellten Aufgaben durchzuführen. Das dürfte sicher nicht ohne Einfluß auf die Ergebnisse geblieben sein. Die Patienten waren jedoch bis auf wenige Ausnahmen stets bemüht zu kooperieren. 10 Patienten drängten, vorwiegend weil sie sich erschöpft fühlten, auf Beendigung des Gespräches. 11 weitere Patienten reagierten im Verlaufe der Exploration und insbesondere bei diesen "Prüfungen" mit gereizt-ablehnender Haltung. Dabei resultierte diese Haltung bei 4 Patienten aus einer paranoiden oder affektiven Psychose. Sie fühlten sich nicht erschöpft oder überfordert, sondern fanden diese Prüfung lächerlich. 3 Patientinnen verweigerten schließlich noch die körperliche Untersuchung.

Wie bei dem zu untersuchenden Personenkreis nicht anders zu erwarten war, konnte ein großer Teil der Patienten nur unzureichende, wechselhafte oder gar keine Angaben machen. (s.S.50ff) Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Fremdanamnese. Diese wurde soweit möglich durch das persönliche oder telefonische Gespräch

mit Angehörigen erhoben. In anderen Fällen konnten objektive Angaben den vorhandenen alten Krankengeschichten oder den Akten des sozialpsychiatrischen Dienstes entnommen werden. Auf diese Weise war es möglich, in 17 Fällen fremdanamnestic Angaben zu erhalten. 8 mal konnte ein persönliches Gespräch mit den Angehörigen geführt werden, 7 mal konnte die alte Krankengeschichte eingesehen werden und in 4 Fällen lagen die Akten des sozialpsychiatrischen Dienstes vor. In zwei Fällen konnten mehrere dieser Möglichkeiten genutzt werden. Da es von großer Wichtigkeit ist, ob die Angaben des Patienten Grundlage der Dokumentation sind oder ob auch fremdanamnestic Angaben herangezogen werden konnten, sollte dies in der Dokumentation vermerkt werden können.

In die Dokumentation sollte wegen seiner besonderen Bedeutung auf jeden Fall noch das Item: Pflegschaft/Vormundschaft aufgenommen werden. Bei insgesamt 13 Patienten der untersuchten Stichprobe bestand bereits bei Einweisung in die Klinik eine Pflegschaft.

Die Zeitdauer des Interviews betrug im Durchschnitt 103 Minuten, maximal jedoch 150 Minuten, minimal 55 Minuten (einschließlich körperlicher Untersuchung). Die anschließende Markierung benötigte (ohne Ausfüllung des Bogenkopfes und Verschlüsselung der Diagnosen) im Durchschnitt 42 Minuten, maximal 88 Minuten, minimal 20 Minuten. Zur Markierung war bis zum Schluß der Untersuchung die Hinzuziehung des Glossars notwendig. Der Übungseffekt erscheint aber nicht gering. (s.S.42)

Zu den einzelnen Teilen der Dokumentation wird weiter unten ausführlich Stellung genommen. Hier sei allgemein nur folgendes bemerkt: Die größten Schwierigkeiten ergaben sich im Umgang mit der Sozialdokumentation. Das betraf sowohl die Erhebung der Daten als auch die Markierung. Oft zeigten sich krankheitsspezifische Einflüsse auf die Angaben. Mnestiche Störungen führten dazu, daß in vielen Bereichen keine oder nur ungenügende und sehr wechselhafte Angaben gemacht werden konnten. Auch die affektive Situation während der Exploration bestimmte ganz wesentlich die Inhalte.

## 1.2. Formale Aspekte (\*1

### 1.2.1. Basis-Dokumentation (116)

(Dokumentationsbögen s. Anhang)

#### Dokumentationsbogen: Anamnese

Dieser Bogen erscheint in seiner Anordnung wenig übersichtlich, wie überhaupt alle Bögen der Basisdokumentation. Im Vergleich dazu ist die Sozialdokumentation allein durch die Aufteilung in nur zwei statt drei oder vier Spalten wesentlich übersichtlicher.

Aus optischen Gründen sollte der Anamnesebogen daher mit einem durchgehenden Mittelstrich halbiert werden. Von Vorteil wäre auch ein ähnlicher räumlicher Aufbau wie er sich auf den Bögen der Sozialdokumentation findet.

Im Kopfteil des Bogens ist es notwendig, die kleinen Kästchen zur Markierung des Geschlechts und der Entscheidung 'ambulant/stationär' farblich hervorzuheben, da sie sonst leicht übersehen werden.

Die Rubrik 'Geschwister' sollte auch optisch erkennbar dem unteren Teil des Belegbogens zugeteilt werden.

#### Dokumentationsbögen: Psychischer Befund I und II

Die Markierungsmöglichkeit 'keine' sollte im psychopathologischen Befund hinter jedem einzelnen Item ausgedruckt und im gegebenen Fall auch markiert werden. Die jetzige Vereinbarung, bei der das Nichtvorhandensein eines Phänomens dadurch ausgedrückt wird, daß keine der ausgedruckten Markierungsmöglichkeiten angestrichen wird, birgt doch die Gefahr erheblicher Ungenauigkeiten in sich.

Die Rubrik 'Grad des psychoorganischen Syndroms' sollte optisch aus dem Kopfteil des Bogens I herausgenommen werden.

---

(\*1 Eingeflossen sind hier die Ergebnisse einer 1974 in Freiburg durchgeführten Diskussion aller beteiligten Arbeitsgruppen. Besonderer Dank gilt den wertvollen Hinweisen von W. MOMBOUR

Unter der Rubrik 'Pflegebedürftigkeit' sind zwei verschiedene Skalierungen enthalten, was zu erhöhter Aufmerksamkeit zwingt und somit sicher einen Fehlerfaktor darstellt. Eine Veränderung dieser Rubrik wäre daher notwendig.

### 1.2.2. Sozial-Dokumentation

#### Dokumentationsbogen: Sozialanamnese 1

Dieser Bogen ist übersichtlich gegliedert und auch in seiner Detailausführung nicht veränderungsbedürftig.

#### Dokumentationsbogen: Sozialanamnese 2

Die Rubrik 'Objektive Beurteilung des Sozial-Milieus' sollte mit einem über die ganze Seite laufenden roten Querbalken abgegrenzt werden. Die Items 'Nicht erhoben' und 'Nicht abklärbar' müßten dann in den auch rechts roten Balken weiß hineingedruckt werden. Diese Anordnung hat den Vorteil, daß die genannten Items deutlich dieser Rubrik zugeordnet werden. Jetzt werden sie leicht übersehen.

Weiterhin ist in dieser Rubrik nicht ganz einsichtig, warum ausgerechnet das Feld mit den Items 'innerhalb der letzten 2-5 Jahre' und '5 Jahre und länger' farblich hervorgehoben wird. Es erschiene günstiger, wenn statt dessen das äußere rechte Feld farblich hervorgehoben würde.

Unbedingt notwendig ist eine farbige Absetzung des quer über die ganze Seite verlaufenden Items 'unauffällig'. Alle Untersucher vergaßen bis zur Halbzeitauswertung der Untersuchung anweisungsgemäß zu markieren, wenn in dem entsprechenden Zeitraum keines der aufgeführten Ereignisse eingetreten war.

Die Rubrik 'Sozialbeziehungen' sollte wie die vorhergehende mit einem durchlaufenden roten Querbalken abgetrennt werden. Die Items 'nicht erhoben' und 'nicht abklärbar' sollten ebenfalls weiß in das dann rote Feld hineingedruckt werden.

#### Dokumentationsbogen: Sozialanamnese 3

Auf diesem Bogen ist die Anordnung der Items unter der Rubrik 'Beschaffenheit und Einrichtung der Institution' als unübersichtlich zu kritisieren. Es wird dazu der Vorschlag gemacht, die den ärztlich-therapeutischen Teil betreffenden Items in einer Kolumne links untereinander und die die Einrichtung der Institution betreffenden Items in einer Kolumne rechts untereinander einzuordnen. Gegebenenfalls sollte auch noch eine farbliche Abtrennung erfolgen.

#### Dokumentationsbogen: Sozialanamnese 4

Unter der Rubrik 'Zukunftswünsche betreffen' muß das Item 'keine' in die unterste Reihe gerückt werden. In der Rubrik 'Zukunftswünsche behindert durch' müssen die Items 'keine' und 'anderes' versetzt werden, damit hier die Markierungsmöglichkeiten in bezug auf das Item 'anderes' in der Rubrik 'Zukunftswünsche betreffen' gegeben sind.

### 1.3. Inhaltliche Aspekte

Es werden im folgenden die Rubriken, die in der praktischen Erprobung keine Schwierigkeiten boten, nicht aufgeführt.

#### Dokumentationsbogen: Anamnese

##### Schulbildung

Genaue Angaben zum Volksschulabschluß waren in Abhängigkeit von der Erkrankung oft nicht zu erhalten. Es wurde häufiger die Angabe gemacht, mit wieviel Jahren der Patient aus der Schule entlassen wurde. Daraus läßt sich jedoch nicht auf den Abschluß schließen; z.B. ging eine Patientin mit 12 1/2 Jahren mit Abschluß von der Grundschule ab, nachdem sie eine Extraprüfung abgelegt hatte, während andere Patienten zwar mit 14 Jahren abgingen, aber keinen Abschluß hatten. Eine Patientin gab an, nach der Volksschule die 'Höhere Töchter Schule' besucht zu haben. Diese Schulart war nicht sicher einzuordnen.

Die Markierung erfolgte dann vereinbarungsgemäß unter 'Mittelschule'. Zwei Patienten hatten mit Sicherheit keinen Volksschulabschluß, aber eine abgeschlossene Lehre, was die relative Unabhängigkeit der beiden Merkmalsbereiche 'Schulbildung' und 'Berufsbildung' voneinander unterstreicht.

Eine Ergänzung der jetzt vorhandenen Items durch die Items 'Sonderschule' und 'andere' wäre notwendig.

### Berufsausbildung

Eine Patientin (Voruntersuchung) hatte Hochschulabschluß und Lehrerexamen, ohne jedoch ihren erlernten Beruf ausgeübt zu haben. Sie war später als ungelernte Lohnempfängerin tätig. Die Berufsausbildung mußte unter 'andere' geführt werden. Es erschien angebracht, die Items 'Fachschule' und 'Hochschule' daher in diesen Merkmalsbereich einzugliedern.

### Beruf

Diese Rubrik ist insgesamt unbrauchbar. Die im Glossar vorgegebenen Definitionen sind äußerst nebulös und gestatten keine zuverlässige Einordnung, es ist vielmehr die Gefahr gegeben, daß die vorgenommene Einstufung mehr über die Einschätzung des Untersuchers als über einen objektiv gegebenen Tatbestand aussagt. Im übrigen ist eine Vergleichbarkeit mit gängigen Berufs- bzw. Schichtskalen nicht gegeben. Diese Rubrik genügt also weder praktischen noch theoretischen Anforderungen. In der Praxis war eine leichtere Handhabung und Einordnung durch die Einteilung im Merkmalsbereich 'Soziale Schichtung' (Belegbogen Sozialanamnese 1) möglich.

Ein gesondertes Problem ergibt sich mit der Einstufung hausfrau-licher Tätigkeit. Wird diese, wie hier, als Berufskategorie geführt, so sollte - insbesondere im Hinblick auf die Rubrik 'Akt. Beschäftigungsgrad' - auch die Definition entsprechend gestaltet werden. Nicht jede Hausfrauen-Tätigkeit ist als Berufstätigkeit anzusehen, denn alleinstehenden Berufstätigen obliegen hausfrau-liche Tätigkeiten zusätzlich, ohne daß dies gemeinhin als Beruf gilt. Die Glossaranweisung: Hausfrau = Frauen, die ohne andere gleichzeitige Berufstätigkeit den Haushalt besorgen, sollte

dahingehend verändert werden, daß aus der Definition auch das Berufliche deutlich hervorgeht.

Vorschlag: Hausfrau ist dann zu markieren, wenn die überwiegende Tätigkeit in der Versorgung des Haushaltes besteht und mehr als eine Person (der eigenen nämlich) versorgt wird. Dies gilt für Mann und Frau. (Mann als Hausfrau)

#### Aktueller Beschäftigungsgrad

Der außerberufliche Grad der Beschäftigung ist im Glossar nicht operationalisiert. Sowohl der berufliche wie auch der außerberufliche Beschäftigungsgrad ließe sich durch eine Operationalisierung nach Zeit erfassen.

Vorschlag: voll beschäftigt: = 8 Std./die u.m.

teilw. " = 4 - 6 Std./die

keine " = keine regelmäßig mehrere Stunden  
täglich in Anspruch nehmende Beschäftigung

Es bleibt die Schwierigkeit, z.B. die Beschäftigungsdauer einer 'Hausfrau' einzuschätzen. In den meisten Fällen dürfte jedoch zumindest eine teilweise Beschäftigung anzunehmen sein. (Eventuell Einschätzung nach Anzahl der zu versorgenden Personen)

Der Zeitpunkt, auf den sich die Beschäftigung bezieht, muß noch genau festgelegt werden (vor Ausbruch des akuten Krankheitsgeschehens?).

#### Aktuelle soziale Situation

Auch hier muß noch der Zeitpunkt der in Frage stehenden sozialen Situation genau festgelegt werden. Zur vorliegenden Untersuchung war vereinbart: Zeit vor Aufnahme aus einem außerklinischen Milieu.

Das Wort 'Ehepartner' sollte durch 'Partner' ersetzt werden, da es auch Partnerschaften ohne Trauschein gibt.

Das Item 'anderes' (z.B. Obdachlosenasyll) sollte eingefügt werden.

#### Soziale Anpassung

Da es sich hier um ein sehr globales Einschätzungsinstrument mit

sehr globaler Anleitung handelt, wurde oft 'unsicher' angestrichen. (s. Tab. 8, S. 21) Das beruhte einerseits auf krankheitsbedingt fehlenden detaillierten Angaben von seiten der Patienten, bzw. deren, wie es dem Untersucher schien, Tendenz zur Verleugnung von Konflikten, Einsamkeitsgefühlen, fehlenden oder nicht ausreichend erscheinenden sozialen Kontakten. Andererseits lag es an der meist fehlenden Fremdanamnese. Daraus folgte, daß es nicht möglich war, die subjektiven Angaben des Patienten durch fremdanamnestische Angaben zu überprüfen, zu ergänzen und daraus eine sichere Einschätzung zu erhalten.

#### Einkommen/Vermögen

Um zu einem genauen Bild der materiellen Situation des Patienten und der davon abhängigen sozialen Situation zu kommen, erscheint es unerläßlich, die Höhe der Einkünfte festzuhalten. Bei der Operationalisierung sollte berücksichtigt werden, daß für gerontopsychiatrische Fragestellungen gerade eine differenzierte Erfassung der unteren Einkommensbereiche notwendig ist. (s.S. 101 und 174) Das ist wichtig sowohl im Hinblick auf die soziale Schichtung, als auch auf die soziale Situation und die überhaupt bestehenden Möglichkeiten. Es ist dann viel leichter zu konkreten Beurteilungen zu kommen, die Möglichkeiten des Patienten einzuschätzen und zu beurteilen, wieweit er diese Möglichkeiten nutzt. Hier ergab sich nun die Schwierigkeit, daß bei 9 Patienten keine Angabe in bezug auf die Höhe der Rente/Pension gemacht werden konnte in Abhängigkeit von der Erkrankung. Meist waren mnestiche Ausfälle daran schuld oder auch negativistisches Verhalten der Patienten.

#### Krankheitsanamnese

Wie schon früher berichtet wurde, ist zum einen im Glossar nicht ausreichend definiert, ob 'frühere Erkrankung' sich auch auf frühere Phasen der gleichen Erkrankung beziehen kann oder nur auf andersartige Prozesse. (25) Vom Untersucher wurde ersteres angenommen und so markiert.

Zum anderen bereitet die kategorielle Zuordnung von zerebral-organischen und nicht zerebral-organischen Krankheitsprozessen im neuropsychiatrischen Grenzbereich Schwierigkeiten (z.B. beim depressivem Syndrom).

Ferner ergaben sich Schwierigkeiten bei der Verschlüsselung der Diagnosen, die in erster Linie auf die unbefriedigende Einteilung des ICD-Schlüssels zurückzuführen ist. Daraus ergaben sich Schwierigkeiten der Zuordnung zur WHO-Diagnose. Auch das Erst-erkrankungsalter war oft nicht oder nicht mit genügender Sicherheit festzulegen.

## Dokumentationsbögen: Psychischer Befund

### Gedächtnisstörungen

#### - Merkfähigkeitsstörungen für Zahlen

Die Notwendigkeit eines standardisierten Vorgehens erwies sich bei verschiedenen Patienten als ungünstig. Ablehnend, mißmutig-gereizt reagierten in der Regel solche Patienten, die mit Sicherheit keine mnestischen Störungen hatten und bei denen das im Verlauf der Exploration auch deutlich wurde, so daß eine gesonderte Überprüfung in dieser Ausführlichkeit sicher nicht nötig gewesen wäre. Diese Patienten hielten die Prüfung für 'albern', 'lächerlich', 'eine Zumutung' und reagierten mit Äußerungen wie: "Sie halten mich wohl für blöd!" Es bedurfte oft großer Anstrengungen, um die Patienten zu den noch weiterhin notwendigen Untersuchungen zu motivieren.

Ein Teil einer anderen Gruppe von Patienten, nämlich der mit einem psychoorganischen Syndrom und sicheren mnestischen Ausfällen, bemerkte im Verlauf dieser recht detaillierten Untersuchung seine Ausfälle besonders deutlich, weil hier nicht die Möglichkeit gegeben wurde, mit allgemeinen Phrasen die Ausfälle zu überspielen, sondern die Patienten angehalten wurden, den Aufgaben nachzugehen. Das führte zu Ängsten, wie eben jetzt in einer Prüfungssituation zu versagen. Dieses wiederum verschlechterte die Ergebnisse deutlich. Auch zeigten sich so ausgeprägte Insuffizienzgefühle, daß die weitere Untersuchung mit der Bemerkung: "Das kann ich sowieso nicht," aufgegeben wurde und die Patienten nicht dazu bewegt werden konnten, diese Aufgabe doch nochmal zu versuchen. Andere wieder reagierten offen mit Ablehnung der weiteren Untersuchung und auch offener wie versteckter Aggression.

Dem Untersucher sollte daher ausdrücklich die Möglichkeit flexiblen Vorgehens in Abhängigkeit von der Untersuchungssituation gegeben werden.

#### - Merkfähigkeit für Farben

Die Überprüfung der Merkfähigkeit für Farben durch Buntstifte erwies sich als schlechte Lösung. Die Patienten sind auf Grund der bei alten Menschen fast regelmäßig vorhandenen Sehstörungen oft nicht in der Lage gewesen, die Farben sicher zu diskriminieren. So wurden öfter formal 'falsche' Angaben gemacht, die jedoch nicht auf eine Störung der Merkfähigkeit, sondern auf Sehstörungen zurückzuführen waren.

Die im Glossar angegebene zeitliche Frist für Merkfähigkeitsstörungen wurde als willkürlich angesehen und geändert. (Definition entsprechend AMP-System (42): "Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit bis zu ca. 7 Minuten zu merken, daher auch zu behalten und wiederzugeben.") Um vergleichbare Ergebnisse zu bekommen, ist eine Standardisierung der Untersuchung unumgänglich. (Hier benutzte Anweisungen s. Anhang)

Psychopathologische Phänomene wie 'Suggestibilität' und 'Induzierbarkeit' sollten vereinbarungsgemäß unter 'andere' Störungen angestrichen werden. Wegen der doch nicht unerheblichen Zahl der deliranten Patienten sollte erwogen werden, ob nicht 'Suggestibilität' als zusätzliches Item aufgeführt werden sollte.

#### Sprachstörungen/Aphasien

Als Schwierigkeit bot sich hier zunächst die im Glossar niedergelegte Definition von Agraphie und Akalkulie. Danach wären diese Störungen an eine erhaltene Intelligenz gebunden, was im Rahmen dieser Dokumentation hieße, daß Patienten mit nicht voll erhaltener, bzw. eingeschränkter Intelligenz keine agraphischen und/oder akalkulischen Störungen haben könnten. In der Praxis wurde dies vom Untersucher jedoch anders gehandhabt. Patienten mit dementiven Abbauprozessen waren die einzige Gruppe im untersuchten Krankengut, die überhaupt Werkzeugstörungen dieser Art bot.

Bei der Überprüfung der Rechenfähigkeit schien sich ferner eine Abhängigkeit von der Übung der Betroffenen in diesem Bereich zu zeigen.

#### Grad des psychoorganischen Syndroms

Hierzu seien CIOMPI/LOBRINUS/ und MÜLLER (40) zitiert, deren Ausführungen nichts hinzuzufügen ist. "Wir haben auf dem Bogen, abgesehen vom Grad 0, der keiner psychoorganischen Störung entspricht, 4 Grade. Die Grade 1 bis 3 sind durch die Schwere der Orientierungsstörungen und der Störungen der übrigen intellektuellen Grundfunktionen definiert. Der Grad 3 entspricht dem schweren psychoorganischen Syndrom, d.h. der Demenz. Der Grad 4 soll gemäß Manual immer dann angestrichen werden, wenn zusätzliche Werkzeugstörungen vorliegen. Im Manual ist nun auch vermerkt, daß dieser Grad zwar nicht den Schweregrad der intellektuellen Ausfälle charakterisiert, sondern eben das zusätzliche Vorhandensein von Werkzeugstörungen. Dieser Grad entspreche jedoch ebenfalls der Demenz. Da ist ein Fehler hineingekommen, aber es ist unserer Ansicht nach nicht damit getan, den Satz zu streichen. Es wäre dann nämlich noch immer nicht möglich, eine schwere Alzheimersche Demenz von einem mittleren psychoorganischen Syndrom mit einer z.B. leichten konstruktiven Apraxie zu unterscheiden, man muß ja beide unter 4 anstreichen. Dieses mittlere unter Umständen nur leichte psychoorganische Syndrom mit leichten Werkzeugstörungen existiert aber, die Schwierigkeit der Markierung ist uns gleich bei den ersten Fällen aufgefallen, es handelt sich besonders um 3 frühauftretende Störungen: die digitale Agnosie, die konstruktive Apraxie (besonders Verlust der Perspektive) und eine leichte Akalkulie. Wie soll man das Problem lösen? Am zweckmäßigsten erscheint uns eine Doppelmarkierung. Das heißt, wir markieren die Grade 1,2 oder 3 für die intellektuellen Ausfälle und unabhängig davon, ob zusätzlich Werkzeugstörungen vorliegen oder nicht. Die Werkzeugstörungen ihrerseits in Schweregrade einteilen, scheint uns nicht möglich und würde die relativ einfache Einteilung des psychoorganischen Syndroms in 3 Schweregrade nur verwirren." (S.136)

### Alter bei Beginn des psychoorganischen Syndroms

Die Patienten selbst konnten nur in den wenigsten Fällen einigermaßen verlässlich angeben, seit wann sie bestimmte Ausfälle z.B. in der Mnestik bemerkten. Da aber nur in 34% der Fälle überhaupt eine fremdanamnestiche Angabe vorlag, war es in den meisten Fällen nicht abklärbar, wann erstmals bedeutsame, d.h. der Verwandtschaft und/oder Nachbarschaft auffällige Störungen auftraten. Auch erscheint die Quantifizierung so grob, daß damit verwertbare Angaben kaum zu erwarten sind. Interessanter wäre die Dokumentation der Zeitdauer und eventuell Progredienz feststellbarer Ausfälle.

### Intelligenz

Hier traten in der Beurteilung keine Schwierigkeiten auf. Das lag sicher auch am Patientengut, bei dem die Quantifizierung leichter war als z.B. bei einer nicht klinischen Population. Als Indikatoren wurden Anamnese, mnestiche Störungen und Störungen der Kritik- und Urteilsfähigkeit benutzt, mit denen die relativ grobe Einteilung meist ohne besondere Schwierigkeiten möglich war.

### Bewußtseinsstörung

Da der Zielsetzung der Studie entsprechend Patienten mit stärker ausgeprägten Bewußtseinsstörungen aus der Untersuchung ausgeklammert wurden, ergaben sich hier keine Schwierigkeiten mehr.

### Sinnestäuschungen

Da vor Beginn der Untersuchung Einigung darüber erzielt worden war, daß hier nur während der Exploration feststellbare Sinnestäuschungen dokumentiert werden sollten, gingen anamnestiche gesicherte Sinnestäuschungen der Dokumentation verloren. Trotzdem scheint diese Regelung aber richtig zu sein, um nur wirklich vorhandene, vom Untersucher selbst objektivierte Befunde zu dokumentieren. Das Glossar muß entsprechend ergänzt werden. Schwierigkeiten gab es hier insofern, als auch Sinnestäuschungen, die vom Patienten selbst geschildert wurden, die aber eindeutig in der Vergangenheit lagen, d.h. sich auf die Zeit vor der Aufnahme in die Klinik bezogen, nicht dokumentiert wurden, sondern nur streng diejenigen, die während der Exploration feststellbar waren. Die oben bereits erwähnte Vereinbarung sollte auch in dieser Beziehung noch präzisiert und im Glossar festgehalten werden.

### Verstimmungen, Gefühlsstörungen

Hier erwies sich die Quantifizierung der Merkmale als weitaus schwieriger als in den meisten anderen Bereichen. Hier dürfte auch die Abweichung von Untersucher zu Untersucher am größten sein. (42)

### Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens

#### Keine Schwierigkeiten

Es wird aber vorgeschlagen, hier das Item: Verwahrlosung einzufügen.

### Pflegebedürftigkeit

Hier muß im Glossar der genaue Zeitpunkt, auf den sich die Pflegebedürftigkeit beziehen soll, festgelegt werden. Bei der jetzigen Untersuchung einigte man sich auf den Zeitpunkt der Untersuchung.

Bei der jetzigen Untersuchung, die innerhalb von 24 Stunden erfolgen mußte und in der Regel bereits sehr schnell nach der Klinikaufnahme erfolgte, bereitete die Abklärung der Items: 'arbeiten/sich beschäftigen' und 'spielen/sich unterhalten' oft Schwierigkeiten. Die Patienten hatten nämlich in den meisten Fällen gerade die Aufnahmeprozedur hinter sich gebracht und noch keine Gelegenheit zur Kontaktaufnahme mit anderen Patienten oder zu Beschäftigung irgendeiner Art gehabt. Im Glossar sollte auch festgehalten werden, inwieweit Angaben des Pflegepersonals zur Beurteilung herangezogen werden sollten.

### Schlafstörungen

Die Schlafstörungen sind während der Exploration ja nicht feststellbar, sondern lassen sich nur aus subjektiven oder fremdanamnестischen Angaben erschließen. Hier sollte im Glossar ausdrücklich festgehalten werden, welche Angaben verwertet werden sollen. Der Untersucher berücksichtigte nur die subjektiven Angaben des Patienten. Zur zutreffenden Beurteilung des psychopathologischen Bildes würde sicher eine auf fremdanamnестischen Angaben beruhende Beurteilung führen. Es zeigte sich im Verlaufe der Untersuchung deutlich, daß zahlreiche Patienten entweder ihre Schlafstörungen dissimulierten, verleugneten oder sich auch schlicht und einfach nicht an meistens nächtliche Verwirrheitszustände erinnern konnten. Da es also zu einer Differenz zwischen

Selbst- und Fremdbeurteilung kommen kann, muß ausdrücklich festgehalten werden, welche Angaben verwendet werden sollen. Es wäre auch denkbar und sicher nicht uninteressant, subjektive und objektive Angaben, soweit vorhanden, gegenüberzustellen.

#### Dokumentationsbogen: Somatischer Befund

##### Sehstörungen

Die Quantifizierung der Sehstörungen ließe sich ohne Aufwand durch die Verwendung von Visustafeln erleichtern. Hier wurde eine solche Visustafel verwendet und wie folgt quantifiziert:

Visus: unter 0,1 - schwer  
0,1 - 0,3 - mittel  
ab 0,3 - leicht

##### Hörstörungen

Auch hier ließe sich ohne großen Aufwand eine genauere Quantifizierung durch Angabe von Flüstersprache/m Abstand erreichen.

##### Kardiovaskuläre Störungen

Ein Hypertonus ließe sich nach diastolischen Werten genauer einteilen.

Bei der Häufigkeit von Rhythmusstörungen im Alter sollten diese gesondert aufgeführt werden, unabhängig davon, ob sie zu einer Beeinträchtigung des Kreislaufs führen oder nicht. In diesem Krankengut wiesen immerhin 10 Patienten, d.h. 20% aller Untersuchten Herzrhythmusstörungen auf. Ein Patient hatte ferner einen Herzschrittmacher implantiert.

##### Erkrankungen des Verdauungssystems

Auch hier wäre zu erwägen, ob nicht eine genauere Quantifizierung z.B. nach Enzymaktivitäten und leberspezifischen Stoffwechselwerten wegen der besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse vorgenommen werden sollte. Dabei müßten dann allerdings die jeweils verwendeten Laborbestimmungsmethoden erwähnt werden.

##### Erkrankungen des Urogenitalsystems

Bei der Niereninsuffizienz könnte ebenfalls eine genaue Quantifizierung nach Kreatininwerten vorgenommen werden.

### Stoffwechselstörungen

Auch hier ließe sich sicher genauer quantifizieren, z.B. bei Diabetes mell.

### Erkrankungen des Bewegungsapparates

Änderung in der Reihenfolge nach Wichtigkeit und Häufigkeit der Befunde wäre wünschenswert. Frakturen sind sicher nicht so häufig wie Arthropathien.

### Chronisch konsumptive Prozesse

Erkrankungen wie leichte Niereninsuffizienz oder Altersdiabetes wurden vom Untersucher hier nicht aufgeführt.

### Neurologische Störungen

#### Sensibilitätsstörungen

Da es gerade bei psychiatrischen Patienten an der notwendigen Mitarbeit oft mangelt, wurde das Item: 'nicht abklärbar' nachträglich noch in die Untersuchung eingebaut.

#### Koordinationsstörungen (s. Sensibilitätsstörungen)

#### Händigkeit

Die im Glossar angeführte genaue Überprüfung wurde aus Zeitgründen nicht durchgeführt. Auf die Händigkeit des Patienten wurde geschlossen aus den Angaben des Patienten und seiner Beobachtung während der Agraphieprüfung.

#### Zusatzuntersuchungen

Diese wurden innerhalb von 14 Tagen aus den Kurven und Krankenblättern der entsprechenden Patienten entnommen.

### WHO - Diagnosen Nr.

Wie schon früher dargelegt wurde (25), gab es im Zusammenhang mit der Verschlüsselung der Diagnosen und ihrer hierarchischen Einordnung eine Reihe von Problemen.

Zunächst ist festzustellen, daß bei den 25 zuletzt untersuchten Patienten des hier diskutierten Kollektivs 19 mal eine und 6 mal zwei psychiatrische Diagnosen gestellt wurden, dagegen jedoch 16 mal drei oder mehr und nur 4 mal zwei und 5 mal eine oder keine somatische Diagnose. Neurologische Diagnosen spielten in diesem Kollektiv nicht eine so große Rolle, weil nur Patienten, die primär auf eine psychiatrische Aufnahmestation der Klinik aufgenommen wurden, in die Untersuchung einbezogen wurden. Alle primär auf die neurologische Station der Klinik aufgenommenen und für die Untersuchung überhaupt in Betracht kommenden Patienten wurden ausgeklammert. (Das war aus klinikinternen organisatorischen Gründen nicht zu vermeiden.)

Diese Zahlen unterstreichen noch einmal, wie schon früher berichtet, die Bedeutung der somatischen Befunde in der untersuchten Population. Auf die Wichtigkeit der somatischen Befunde wurde auch bereits von CIOMPI et al. (40) hingewiesen. Es wäre daher zu überlegen, ob für den allgemein-somatischen Bereich nicht mehr Felder zur Verfügung stehen sollten, um das Spektrum der dokumentierbaren körperlichen Befunde noch zu erweitern. An anderer Stelle wurde bereits der Vorschlag gemacht, die gesonderte Darstellung der neurologischen Diagnosen aufzuheben und diese stattdessen unter den allgemein-somatischen Diagnosen zu markieren, für deren Abbildung dann insgesamt 5 Diagnosekästen zur Verfügung ständen. (116)

Bei Mehrfachdiagnosen in allen drei Bereichen entstand die Frage, ob die somatischen und neurologischen Diagnosen nach ihrem Bezug zum aktuellen psychiatrischen Krankheitsbild eingestuft werden sollten oder ob die Einstufung in jedem der drei Bereiche unabhängig voneinander vorgenommen werden sollte. Da diese Frage auch im Rahmen dieser Untersuchung erst recht spät auftauchte, konnte eine für alle Untersucher verbindliche Regelung nicht mehr getroffen werden. Im Rahmen des hier untersuchten Kollektivs wurde die Einstufung in allen drei Bereichen unabhängig voneinander vorgenommen und in den einzelnen Bereichen wurde die Bedeutung der jeweiligen Erkrankung in bezug auf das jetzt sich bietende Gesamtbild abgeschätzt und danach eingestuft. Die Prognose blieb hier unberücksichtigt und scheint auch kein geeignetes Einordnungskriterium zu sein, weil das Wissen der einzelnen Untersucher in den verschiedenen Bereichen dazu nicht ausreichend ist

und sich auch zuviel Unwägbarkeiten dabei einschleichen würden. Auf jeden Fall muß hier für die Zukunft eine verbindliche Absprache getroffen werden.

Weiterhin ergab sich bei der Verschlüsselung der Diagnose die Schwierigkeit, daß Unsicherheiten bei der Stellenfestlegung auftraten, die sich auf die Berücksichtigung des im Klassifikations-schema vorgesehenen Punktes bezogen. Da auch hierüber keine für alle Untersucher verbindliche Lösung rechtzeitig festgelegt werden konnte, wurde hier folgendermaßen vorgegangen: dreistellige Zahlen wurden als Hunderter eingetragen. Als Lösung dieses Problems wurde bereits vorgeschlagen, das Feld für die nach dem Punkt folgenden Ziffern zu schraffieren oder farblich von den übrigen abzuheben. (25)

Ein weiteres Problem war die Zeit, die zur Verschlüsselung benötigt wurde. Diese war z.T. beträchtlich und wurde unter den zur Markierung oben angegebenen notwendigen Zeiten nicht subsummiert, weil die Verschlüsselung zeitlich getrennt von der übrigen Markierung vorgenommen wurde. Allein für die Verschlüsselung wurde durchschnittlich noch einmal eine Zeit von ca. 15 Minuten pro Bogen benötigt. Diese Zeit müßte also zur Gesamtmarkierungszeit noch hinzugezogen werden. Damit ergäbe sich für das ganze System eine Markierungszeit von etwa einer Stunde.

Den Vorschlägen, die im übrigen von CIOMPI, LOBRINUS und MÜLLER (40) zu diesem speziellen Bereich noch gemacht wurden, ist zuzustimmen. Die Bestimmung des Ersterkrankungsalters war in den meisten Fällen, wenn überhaupt, so doch nur schwer möglich. Die vorgeschlagenen Markierungen sicher - unsicher - nicht abklärbar erscheinen brauchbarer als 'leicht - mittel - schwer'. Hier ist noch einzufügen, daß die Bestimmung des Ersterkrankungsalters im somatischen Bereich ein größeres Problem darstellte als im psychiatrischen. Bestand im somatischen Bereich, bezogen auf die 25 zuletzt untersuchten Patienten, ein deutliches Überwiegen der Schwerbestimmbarkeit (leicht + mittel / schwer = 5 / 54), so hielt sich das im psychiatrischen Bereich etwa die Waage (leicht + mittel / schwer = 16 / 15).

Die diagnostische Einordnung erwies sich in beiden Bereichen in der Regel als leicht, höchstens mittelschwer, in Ausnahmefällen auch als schwer.

#### Dokumentationsbögen: Sozialanamnese

##### Alter bei Ausbruch der aktuellen Erkrankung

Wurde aus Programmierungsgründen freigelassen.

##### Grad der Adaptation an das objektive Alter

Hier ergaben sich eine Reihe von Schwierigkeiten. Zunächst zeigte sich, daß nicht von allen Patienten zu allen 5 Unterbereichen dieser Rubrik Angaben zu bekommen waren, denen eine kritische Einschätzung der eigenen Situation zugrundelag. Im Verlaufe der Exploration zeigten sich einige Patienten nicht in der Lage ihre eigene Situation so zu schildern, daß der Untersucher eine Angabe im Sinne der Dokumentation daraus hätte entnehmen können. Hier handelte es sich ohne Ausnahme um Patienten mit einem psychoorganischen Syndrom. In Abhängigkeit von der Schwere dieses psychoorganischen Syndroms mußte daher zunehmend strukturiert gefragt werden, d.h. die freie Exploration wurde in immer stärkerem Maße zu einem strukturierten Interview, je weniger die Patienten in der Lage waren, differenzierte Antworten zu geben oder eine Unterhaltung zu führen.

Wenn einzelne Bereiche dieser Rubrik im Verlaufe der Exploration abgeklärt waren, zeigte es sich doch immer wieder, daß die Patienten durch die Länge des in der Zwischenzeit geführten Gesprächs erschöpft, zu anderen Bereichen die Antworten gereizt verweigerten oder gar die Exploration abgebrochen werden mußte.

Es erschien also sinnvoll, die Rubrik in 5 Unterabschnitte einzuteilen und einzeln auszuwerten, sofern sie überhaupt in dieser Form erhalten werden sollte.

Es zeigte sich weiter, daß die Skalierung ungleichgewichtig und ungenügend war, um die Antworten des Patienten auch wirklich dort unterbringen zu können, wo sie nach dessen Aussagen eigentlich hingehört hätten. So ist die Skalierung: 'sehr zufrieden - weniger zufrieden - unzufrieden' ungleichgewichtig und viel zu grob. Nicht immer war daher in den entsprechenden Fällen eine

zufriedenstellende Einordnung möglich, zumal die Angaben im Verlaufe eines Gesprächs erhoben wurden und daher viel zu umfangreich und differenziert waren, um sie auf einer so groben Skala abbilden zu können.

Auch konnten wechselnde Angaben der Patienten zu bestimmten Unterbereichen nicht mit dem Gesamtitem: 'nicht abklärbar' aufgefangen werden. Jede Untereinheit müßte daher nochmal das Item: 'nicht abklärbar' haben.

#### Frühere Aufenthalte in Krankenhäusern oder psychiatrischen Einrichtungen

Es fehlt das Gesamtitem: 'nicht abklärbar'. Ferner sollte die Glossaranweisung vereinfacht werden: 1./2./3. Erkrankung ergab zunächst Markierungsschwierigkeiten und erforderte ein sehr genaues Studium des Glossars, ohne daß damit eine fehlerfreie Markierung gewährleistet schien.

- Vorschlag: - letzte Erkrankung  
- vorletzte Erkrankung  
- drittletzte Erkrankung

#### Hilfsbedürftigkeit

Hier fehlt im Glossar ein Hinweis auf den Zeitpunkt bzw. Zeitraum auf den sich die Markierung beziehen soll, d.h. Einschätzung durch den Untersucher zum Zeitpunkt der Exploration (wie es sich aus der Präsens-Form der Anweisung eigentlich ergibt) oder ein bestimmter Zeitraum vor der jetzigen Aufnahme. Hier wären dann also die eigen- und fremdanamnestic Angaben zu verwerten. Die subjektive Einschätzung des Untersuchers würde durch fremdanamnestic Angaben gestützt und die Ergebnisse hätten damit einen ganz anderen Wert.

Die Glossaranweisung für 'völlige Hilflosigkeit' erscheint ungenügend. Der ausschließliche Bezug auf Haushalt und Körperpflege rechtfertigt erstens nicht die Bezeichnung 'völlig hilflos', sondern nur dann, wenn damit gleichzeitig angenommen wird, wer dazu nicht in der Lage ist, wird auch zu allen anderen notwendigen Verrichtungen nicht in der Lage sein. Wichtige Bereiche sozialer Verrichtungen sind im übrigen hier durch die Beschränkung auf Körper und Haushalt nicht erfaßt. So kann jemand durchaus in der

Lage sein, sich und seinen Haushalt gut zu versorgen, aber wichtige Angelegenheiten bei den Behörden, Rente, Sozialhilfe etc. kann er ohne Hilfe nicht bewältigen.

Die grobe Einteilung in 'völlige' - 'teilweise' Hilflosigkeit mit nachfolgender Untereinteilung und Erfassung verschiedener Bereiche erschiene sinnvoller. So kann z.B. eine Pflegeschaff für Vermögensangelegenheiten bestehen bei einem paranoid-hall. Patienten, der körperlich völlig gesund ist. Hier ist eine einseitige Definition und Betrachtung von 'Hilflosigkeit' zugrunde gelegt worden, die sich allein auf den somatischen Aspekt von 'Hilflosigkeit' bezieht und in einer psychiatrischen Dokumentation sicher nicht den Erfordernissen gerecht wird.

Der Begriff 'Hilfsbedürftigkeit' bedarf einer genauen Definition und einer Abgrenzung gegenüber dem Begriff 'Pflegebedürftigkeit'.

### Soziale Schichtung

Die Bezeichnung 'soziale Schicht' ist fragwürdig und sollte durch 'Beruf' ersetzt werden.

Bei der untersuchten Population wundert man sich doch, daß unter dieser Rubrik nicht das Item: Rentner/Pensionär geführt wird. Die allermeisten Patienten bezogen Ruhegeld und mußten jetzt unter 'anderes' markiert werden.

### Pensionierung

Hier fehlt eine genaue Definition dessen, was man unter Pensionierung zu verstehen hat. Ist das jemand, der jetzt Pension bezieht oder fallen auch Rentenempfänger darunter? Wie soll bei Hausfrauen markiert werden, die nicht regelmäßig berufstätig waren und bei denen keine offizielle Beendigung der Berufstätigkeit stattfand? Oder wie bei einem Patienten, der sein Leben lang unselbständig in der Landwirtschaft arbeitete bis es körperlich nicht mehr ging, somit aber nie offiziell pensioniert/berentet wurde?

### Anzahl der Jahre seit Pensionierung

War in Abhängigkeit von der Erkrankung oft nicht abklärbar. Zumeist konnte jedoch dann aus dem Alter der Betroffenen indirekt der Zeitraum erschlossen werden.

### Familienstand

Hier ergaben sich Schwierigkeiten nur im Zusammenhang mit der Erkrankung. Wenn also keine Fremdanamnese zu erheben war und man allein auf die Angaben eines z.B. dementen Patienten angewiesen war, dann waren Unsicherheiten selbst bei diesen harten Daten nicht zu vermeiden.

### Objektive Beurteilung des Sozial-Milieus

Wie schon früher mitgeteilt (26), war bei der Markierung dieser Rubrik nicht klar, daß in jedem im Beleg aufgeführten Zeitraum eine Markierung erfolgen muß. Daher wurde es, bis zur Feststellung dieses Markierungsfehlers, unterlassen, in jedem Zeitraum, in dem keines der aufgeführten Ereignisse eingetreten war, das Item 'unauffällig' zu markieren.

Weiterhin sollte hier das Item 'Verlust von Geschwistern oder anderen nahen Angehörigen' hinzugefügt werden, da bei einigen Patienten dies eher als andere aufgeführte Items vorkam. Insbesondere ist zu erwägen, ob das Item 'Berufliche Erfolge/Mißerfolge' dafür weggelassen werden kann. Es kann bei der gesetzten Grenze von 65 Lebensjahren angenommen werden, daß die Mehrzahl der Patienten nicht mehr berufstätig ist. Auch kann der Verlust eines engen Verwandten nicht schlechthin unter 'Verlust von Freunden' subsumiert werden. Als nahe Angehörige sollten auch Pflegeeltern gelten, wenn dazu sehr enger Kontakt bestand.

### Sozialbeziehungen

Es ist zu erwägen, ob in die Beurteilung der Quantität der Sozialkontakte nicht auch Telefon- und Briefkontakt einbezogen werden sollte.

### Einstellung zur Familie

Besonders auch hier erwiesen sich die aufgeführten Markierungsmöglichkeiten als viel zu global. Entweder müßte 'Familie' näher operationalisiert werden (z.B. Einstellung zum Partner, zu Kindern, zu Geschwistern) oder der Grad der Einstellung müßte weiter spezifiziert werden, am besten jedoch beides. (Negative E./Ambivalent E./Positive E./Unterschiedliche E.) Das wäre vor allem deswegen notwendig, weil es sich erwies, daß ein sehr großer Teil der Patienten zu einem Teil der Familie (z.B. Kind) ein

gutes zu einem anderen Teil jedoch ein schlechtes Verhältnis hatte. (z.B. Partner) Diese Schwierigkeit ließe sich auch durch Mehrfachmarkierung beseitigen.

Auch beziehen sich die einzelnen hier aufgeführten Items (3 von 5) viel zu sehr auf den Wunsch, mit der Familie entweder zusammen zu wohnen oder nicht. Die Einstellung zur Familie wird also praktisch operationalisiert durch den vorhandenen oder nicht vorhandenen Wunsch nach räumlicher Nähe. Dieses Vorgehen ist nicht berechtigt, wie an anderer Stelle noch ausgeführt wird. (S. 112)

#### Gründe gegen Zusammenwohnen mit Kindern/Verwandten

Häufiger ergab sich hier die Konstellation, daß den Patienten die ablehnende Haltung der Verwandten einem solchen Ansinnen gegenüber bekannt war oder zumindest vermutet wurde, während der Patient selbst den Wunsch nach einem Zusammenwohnen hatte. Dieser Konflikt wurde unter 'Generationskonflikt' oder 'Wunsch nach Unabhängigkeit' markiert, da die Angaben der Patienten dann meist in dieser Richtung lagen. Das Item 'Ablehnung durch Verwandte' sollte aufgenommen werden.

#### Jetziger Wohnsitz

Die Glossaranweisung (2 Eintragungen notwendig) ist falsch. So wie operationalisiert wurde, sind zwei Eintragungen bei fehlender psychiatrischer Betreuung nicht möglich.

Das Item 'anderes' sollte vielleicht noch hinzugefügt werden. Bei einem Patienten erwies es sich als nicht möglich, seinen Wohnsitz zu markieren, da er im Obdachlosenasyll lebte.

#### Faktoren, welche eine eventuelle Ortsveränderung beeinflussen

Hier kamen bei paranoiden Patienten oft psychotische Ängste und Vorstellungen zum Tragen und beeinflussten ganz wesentlich die Meinung in dem Sinne, daß die Patienten in der Regel glaubten, mit einem Wohnungswechsel den vermeintlichen Beeinträchtigungen und Verfolgungen entgehen zu können.

Wurde unter 'anderes' markiert.

#### Veränderungen: Wohnsituation

Die Glossaranweisung ist zwar eindeutig, aber nur schwer verstehbar. Bei nicht so intensivem Studium des Glossars, wie es für diese Untersuchung nötig war, würden sich mit großer Wahrschein-

lichkeit vermeidbare Fehler einschleichen. Die Glossaranweisung könnte vereinfachend und weniger verwirrend lauten: letzte/vorletzte/drittletzte Veränderung vor Klinikaufnahme.

Die Erhebung der Gesamtzahl aller Wohnungswechsel erwies sich in der Regel erstens als nicht möglich, zweitens als störend für den Verlauf der Exploration. Die Patienten fühlten sich durch derart überflüssige Fragen entweder überfordert oder ausgeforscht. Sie reagierten ablehnend-gereizt, manchmal sogar paranoid, was den ganzen weiteren Verlauf des Gesprächs beeinträchtigen konnte. Es würde völlig genügen, wenn man sich hier auf einen Zeitraum von 10 Jahren vor der Aufnahme beschränken würde.

### Beschäftigungsformen

Die Zuordnung von 'spontan - nicht spontan' zu den Items 'Besuche von/zu Verwandten und Bekannten' war nicht immer möglich. Besuche von Verwandten/Bekannten können nicht seitens des Patienten spontan oder nicht spontan erfolgen.

Es wurde bereits vorgeschlagen, eine Änderung dieser Items wie folgt vorzunehmen:

- a. - Besuche zu Verwandten/Bekannten
- b. - Einladen von Verwandten/Bekannten (115)

### Erleben des Alltags

Wenn hier der Versuch gemacht wurde, die im Laufe des Gesprächs durch die Patienten gegebene Schilderung ihres Alltags und ihres Alltagserlebens durch eine zusätzliche direkte Befragung zu ergänzen, dann ergab sich oft die Situation, daß vorher als eintönig, langweilig und ohne Abwechslung geschilderte Umstände im subjektiven Bewußtsein der Befragten sich ins Gegenteil verkehrten oder zumindest eine Tendenz zur Bagatellisierung deutlich wurde. (s.a.S.113)

Dokumentiert wurde das aus der Exploration indirekt erschlossene Erleben des Patienten.

### Zukunftswünsche betreffen

Hier fiel auf, daß ein großer Teil der Patienten in Entsprechung ihrer resignativ-depressiven Grundstimmung keinerlei Vorstellungen und Wünsche für die Zukunft mehr hegte, sondern sich vielmehr mit dem als bald bevorstehend empfundenen Tod beschäftigte.

Vielfach wurden sogar direkt Todeswünsche geäußert, bei gleichzeitiger Verneinung suizidaler Absichten. Auf den eigenen Tod bezogene Gedanken sollten daher dokumentiert werden können. Andererseits zeigten sich auch, stets infolge völliger Einschränkung der Kritik- und Urteilsfähigkeit, groteske und unsinnige Erwartungen an die Zukunft.

#### Selbstbeurteilung: Berufliche Situation

Alle Angaben wurden indirekt aus der Exploration erschlossen, in deren Verlauf auf die berufliche Tätigkeit, die Ehe und die übrigen Sozialbeziehungen genau eingegangen wurde. Es erwies sich schnell, daß für die Fülle der Angaben, die Markierungsmöglichkeiten sowohl zu undifferenziert als auch zu unausgewogen sind.

Als besonders schwierig erwies sich, die Situation gemäß 'sehr - wenig zufriedenstellend' zu kennzeichnen. Warum sollte nicht auch hier zumindest eine Dreifachskalierung möglich sein? Die Beurteilung der Berufssituation bereitete vorwiegend dort Schwierigkeiten, wo Frauen nur kurz berufstätig waren und dann meist den Haushalt führten. Sie übten somit keinen Beruf im üblichen Sinne aus, jedoch einen im Sinne dieser Dokumentation. Dem Beruf der Hausfrau fehlen jedoch spezifische Konflikte und Aspekte anderer Berufe. (Kontakt zu Berufskollegen, Ärger mit Vorgesetzten oder Untergebenen, Lohnkonflikte etc)

Bei einem Großteil der Patienten waren die Angaben beeinflusst und beeinträchtigt durch die derzeitige Erkrankung. So konnten die Patienten vielfach überhaupt keine verwertbaren Angaben machen oder die Angaben wechselten so stark, daß eine sichere Entscheidung nicht möglich war. Andererseits waren sie auch oft nicht mehr in der Lage, die doch relativ detaillierten und differenzierten Fragen, die notwendig waren, um die Situation genügend zu kennzeichnen, ausreichend differenziert zu beantworten. Sie begnügten sich dann mit pauschalen Antworten. Besonders bei Patienten mit schwerem psychoorganischen Syndrom verlief daher die Exploration wegen der Schwierigkeit ausreichende Antworten zu bekommen, sehr strukturiert.

#### Selbstbeurteilung: Außerberufliche Sozialbeziehungen

Um einer direkten Befragung zu entgehen, wurden die Sozialbe-

ziehungen im Gespräch erhoben und differenziert in Beziehungen zum Partner, zu engen und weiteren Kontaktpersonen. Bei der Dokumentation ergab sich dann die Schwierigkeit, die vielfältigen und sehr unterschiedlichen Angaben zu verdichten und in ihrer Gesamtheit zu beurteilen. Auf diesem Wege wird aus der Selbstbeurteilung doch wieder eine Beurteilung durch den Untersucher. Auf Grund der hochgradigen Verdichtung der Informationen ergaben sich Schwierigkeiten mit der wenig differenzierten Quantifizierung. Die Einteilung in 'sehr - und wenig zufriedenstellend' ist ungenügend. Die Abschätzung der Belastung, besonders aber der 'inneren Anteilnahme' erwies sich oft als so schwer, daß eine gewisse Willkürlichkeit bei der Markierung nicht immer auszuschließen war.

Im übrigen gilt das bereits unter 'Selbstbeurteilung: Berufliche Situation' ausgeführte auch in diesem Bereich. Hier kam noch hinzu, daß bei Patienten mit einer funktionellen Psychose das psychotische Erleben die heutigen und z.T. auch die früheren Sozialbeziehungen völlig bestimmte.

Es wäre wünschenswert, wenn die Sozialbeziehungen unterteilt würden in Beziehungen

zum - Partner

zu - engeren Kontaktpersonen und  
- weiteren Kontaktpersonen

um genauer aufschlüsseln zu können, in welchem Bereich z.B. Belastungen auftraten.

Auch wäre dann ein Item 'unterschiedlich' oder 'wechselhaft' vorteilhaft, weil es wohl bei praktisch jedem Menschen vorkommt, daß die Beziehungen zu verschiedenen Kontaktpersonen unterschiedlich gut sind.

Der Aussagewert dieser Rubrik bliebe aber sicher auch unter Berücksichtigung der Veränderungsvorschläge aus den oben angeführten Gründen gering.

#### 1.4. Formale Analyse der Daten

Die formale Analyse der Daten soll Fehler und Inkonsistenzen des Untersuchers aufdecken und damit Hinweise auf eventuell im System steckende Unklarheiten und Schwierigkeiten geben.

Hierzu können Merkmalsbereiche dienen, die vom Untersucher sowohl im Basis- wie auch im Sozialdokumentationssystem zu markieren waren und die bei formaler Vergleichbarkeit die Möglichkeit zur Überprüfung der Markierungsgenauigkeit des Untersuchers bieten. Solche Merkmalsbereiche sind z.B. Alter und Zivilstand. Wie die Gegenüberstellung der Daten in den Tabellen 3 und 4 (Seite 17 und 18) zeigt, sind in diesen Merkmalsbereichen keine Fehler gemacht worden. Die zahlenmäßige Diskrepanz bei der Alterserhebung in der Altersgruppe 81 - 85 Jahre zwischen Basis- und Sozialdokumentationssystem ergibt sich lediglich daraus, daß der in diese Altersgruppe hineingehörende Patientenanteil in der Basisdokumentation aus technischen Gründen nicht erfaßt wurde. (Fehler des Markierungslesers)

Eine weitere Möglichkeit die Genauigkeit und Zuverlässigkeit des Untersuchers zu testen, bietet sich durch den Vergleich der Angaben hinsichtlich der Anzahl der Kinder. (Sozialanamnese 2) Die Gegenüberstellung von unter 'Familienstand' markierter Anzahl der Kinder mit den auf die 'eigenen Kinder' bezogenen Angaben unter der Rubrik 'Sozialbeziehungen' gestattet insofern eine Überprüfung, als unter 'Sozialbeziehungen' auf keinen Fall eine höhere Prozentzahl resultieren darf als unter 'Familienstand'. Denn wenn z.B. nur 50% der Untersuchten überhaupt Kinder haben, dann können auf keinen Fall mehr als 50% der Untersuchten Beziehungen zu ihren Kindern unterhalten. In diesem Sample hatten 42% der Patienten keine Kinder, 58% hatten demgegenüber Kinder. Unter der Rubrik 'Sozialbeziehungen' wurden in 46% der Fälle Sozialbeziehungen markiert, in 54% bestanden keine Beziehungen zu den Kindern. Von den 58% also, die überhaupt Kinder haben, unterhalten 46% Beziehungen zu den Kindern. Eine fehlerhafte Markierung kann aus diesen Angaben also nicht erschlossen werden.

Fehler konnte der Untersucher auch bei der Markierung in den einzelnen Merkmalsbereichen machen, wenn er entgegen der Markierungsanweisung Mehrfachmarkierungen vornahm. Eine solche unzulässige Mehrfachmarkierung kam auf den Belegbögen Anamnese, Psychischer Befund I, Sozialanamnese 1 und 4 überhaupt nicht vor. Die Tab.16 zeigt, in welchen Merkmalsbereichen auf den übrigen Belegbögen eine unzulässige Mehrfachmarkierung vorgenommen

wurde. Dabei ist als potentielle Fehlermöglichkeit pro Belegbogen die Anzahl der pro Belegbogen maximal möglichen Fehlmarkierungen multipliziert mit der Anzahl der untersuchten Patienten anzusehen.

Ins Auge fällt vor allem die hohe Anzahl unzulässiger Mehrfachmarkierungen auf dem Belegbogen Somatischer Befund. Dies dürfte zu einem großen Teil auf die Unübersichtlichkeit dieses Bogens und ungenügende Glossaranweisung zurückzuführen sein.

| Belegbogen               | Items                             | ABS.<br>Fehler pro Item | ABS.<br>Potentielle<br>Fehlermöglichk.<br>pro Belegbogen | %<br>Fehler bezogen<br>auf Potentielle<br>Fehlermöglichk. |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Psychischer<br>Befund II | Suizidtendenzen                   | 1                       | 450                                                      | 0.22                                                      |
| Somatischer<br>Befund    | Allgemeine Körperl.<br>Störungen  | 7                       | 1 100                                                    | 3.36                                                      |
|                          | Neurologische<br>Störungen        | 30                      |                                                          |                                                           |
| Sozial -<br>Anamnese 2   | Sozial -<br>beziehungen           | 11                      | 1800                                                     | 0.61                                                      |
| Sozial -<br>Anamnese 3   | Lage und<br>Versorgung            | 1                       | 1 600                                                    | 0.87                                                      |
|                          | Veränderung :<br>Wohnsituation    | 8                       |                                                          |                                                           |
|                          | Bevozugte<br>Wohnform             | 4                       |                                                          |                                                           |
|                          | Beschaffenheit und<br>Einrichtung | 1                       |                                                          |                                                           |

Tab. 16 Unzulässige Mehrfachmarkierungen

Die Tab. 17 gibt die Häufigkeit an, mit der die Items 'nicht erhoben' und 'nicht abklärbar' auf den einzelnen Belegbögen benutzt worden sind. Es kann hiermit eine Aussage darüber getroffen werden, wie häufig bestimmte Merkmalsbereiche gar nicht erfaßt, also nicht erhoben werden konnten, oder aber zumindest nicht sicher abklärbar waren. Diese Auswertung sagt nichts über die Realitätsnähe der mit dem Dokumentationssystem gewonnenen Informationen aus, sondern lediglich über die Brauchbarkeit einzelner Bereiche und des Systems insgesamt. (116)

| Belegbogen            | Nicht erhoben |          |      | Nicht abklärbar |          |      |
|-----------------------|---------------|----------|------|-----------------|----------|------|
|                       | Potentiell    | Realiter |      | Potentiell      | Realiter |      |
|                       |               | Abs.     | %    |                 | Abs.     | %    |
| Anamnese              | 900           | 1        | 0.11 | 900             | 13       | 1.44 |
| Psychischer Befund I  | 2000          | 24       | 1.2  | 2000            | 82       | 4.1  |
| Psychischer Befund II | 900           | 9        | 1.0  | 900             | 67       | 7.4  |
| Somatischer Befund    | 3250          | 3        | 0.92 | 3250            | 89       | 2.73 |
| Sozial - Anamnese I   | 700           | 1        | 0.14 | 700             | 32       | 4.6  |
| Sozial - Anamnese II  | 1300          | 24       | 1.84 | 1300            | 12       | 0.91 |
| Sozial - Anamnese III | 1100          | 32       | 2.9  | 1100            | 12       | 1.1  |
| Sozial - Anamnese IV  | 900           | 0        | 0    | 900             | 72       | 8.0  |
| $\bar{x}$             |               |          | 1.01 |                 |          | 3.78 |
| SD                    |               |          | 2.9  |                 |          | 7.09 |

Tab. 17 Markierungshäufigkeit der Items  
Nicht erhoben / Nicht abklärbar

Über alle Dokumentationsbelegbögen ist durchschnittlich nur in ca. 1% das Item 'nicht erhoben' und in ca. 3,8% das Item 'nicht abklärbar' markiert worden. Dabei findet sich für das Item 'nicht erhoben' eine Variabilität zwischen 0 und 2,9%. (Belegbögen: Sozialanamnese 4 und Sozialanamnese 3) Für das Item 'nicht abklärbar' liegt die Variabilität zwischen 0,91% und 8%. (Belegbögen: Sozialanamnese 2 und Sozialanamnese 4) In Hinsicht auf die einzelnen Belegbögen ist also der Prozentsatz der Merkmalsbereiche, zu denen eine Aussage nicht erhoben werden konnte, sehr gering und die Variabilität schmal. Etwas höher sind die Werte hinsichtlich nicht abklärbarer Merkmalsbereiche, was bei einer gerontopsychiatrischen Population aber auch zu erwarten ist. Die Werte erscheinen deshalb keineswegs als zu hoch.

Die Tab. 18 - 21 geben genaueren Aufschluß über die einzelnen Belegbögen und Merkmalsbereiche. Auf dem Belegbogen 'Anamnese' wurde unter der Rubrik 'Krankheitsanamnese' des Ersterkrankungsalter in 2% der Fälle nicht erhoben. In allen anderen Merkmalsbereichen wurde das Item 'nicht erhoben' nie markiert. Nicht abklärbar waren in 5% der Fälle eine 'familiäre Belastung', sowie in 4% frühere psychiatrische Hospitalisierungen und frühere cerebral-organische Erkrankungen. Diese Items sind alle innerhalb des Merkmalsbereichs 'Krankheitsanamnese' zu erheben, für den insgesamt in 2,5% der Fälle nicht abklärbare Angaben festzustellen sind.

| Merkmalsbereich            | Nicht erhoben |          |      | Nicht abklärbar |          |     |
|----------------------------|---------------|----------|------|-----------------|----------|-----|
|                            | Potentiell    | Realiter |      | Potentiell      | Realiter |     |
|                            |               | Abs.     | %    |                 | Abs.     | %   |
| Berufsausbildung           | 50            | 0        | 0    | 50              | 1        | 2   |
| Einkommen                  | 50            | 0        | 0    | 50              | 2        | 4   |
| Krankheitsanamnese         | 400           | 1        | 0,25 | 400             | 10       | 2,5 |
| Familiäre Belastung        | 100           | 0        | 0    | 100             | 5        | 5   |
| Frühere psych. Erkrankg.   | 50            | 0        | 0    | 50              | 1        | 2   |
| Frühere cerebr.-org. Erkr. | 50            | 0        | 0    | 50              | 2        | 4   |
| Frühere psych. Hsp. (2)    | 100           | 0        | 0    | 100             | 2        | 2   |
| Ersterkl.-Alter (2)        | 100           | 1        | 1    | 100             | 0        | 0   |

Tab. 18 Markierungshäufigkeit der Items  
Nicht erhoben / Nicht abklärbar  
Belegbogen Anamnese

Auf dem Belegbogen Psychischer Befund I (Tab. 19) konnte das Alter bei Beginn des Psychoorganischen Syndroms in 38% der Fälle nicht erhoben werden. Die Häufigkeit der Nicht-Abklärbarkeit einzelner Merkmalsbereiche dieses Belegbogens schwankt zwischen 0% (Konzentrationsstörungen/Alter bei Beginn) und 8,4% (Agnosien). Auffällig ist hier vor allem eine unterschiedliche Markierung im 1. und 2. Durchgang der Untersuchung. Im 2. Durchgang wurde in fast allen Merkmalsbereichen erheblich öfter das Item 'nicht abklärbar' markiert.

Diese Inkonsistenz im Verhalten des Untersuchers dürfte auf die zunehmende Erfahrung im Umgang mit den gerontopsychiatrischen Patienten und die damit einhergehende kritischere Markierungsgewohnheit zurückzuführen sein, so daß sich die Schwel-

| Merkmalsbereich                           | Nicht erhoben |    |     | Nicht abklärbar |      |     | Fraglich vorhanden |     |     | Nicht beurteilbar |    |   |
|-------------------------------------------|---------------|----|-----|-----------------|------|-----|--------------------|-----|-----|-------------------|----|---|
|                                           | 1             | 2  | Σ   | 1               | 2    | Σ   | 1*                 | 2   | Σ   | 1*                | 2* | Σ |
| Gedächtnisstörungen<br>15 Items           | 0             | 0  | 0   | 0.5             | 19.2 | 4.9 |                    |     |     |                   |    |   |
| Merkfähigkeit<br>5 Items                  | 0             | 0  | 0   | 1.6             | 30.4 | 8.0 |                    |     |     |                   |    |   |
| Konzentrationsstörungen                   | 0             | 0  | 0   | 0               | 0    | 0   |                    |     |     |                   |    |   |
| Sprachstörungen<br>Aphasien               | 0             | 4  | 1.1 | 2.6             | 3.5  | 1.5 |                    |     |     |                   |    |   |
| Agnosien                                  | 0             | 0  | 0   | 6.4             | 27.2 | 8.4 |                    |     |     |                   |    |   |
| Dyspraxien                                | 0             | 0  | 0   | 0               | 18.7 | 4.6 |                    |     |     |                   |    |   |
| Grad d. Psychoorg. Syndr.                 | 0             | 0  | 0   | 0               | 8    | 2   |                    |     |     |                   |    |   |
| Alter bei Beginn des<br>Psychoorg. Syndr. | 72            | 80 | 38  | 0               | 0    | 0   |                    |     |     |                   |    |   |
| Intelligenz                               | 0             | 0  | 0   | 0               | 24   | 6   |                    |     |     |                   |    |   |
| Orientierung<br>4 Items                   | 0             | 0  | 0   | 0               | 12   | 3   |                    |     |     |                   |    |   |
| Wahn<br>12 Items                          |               |    |     |                 |      |     | 4.3                | 0.6 | 1.2 | 0                 | 0  | 0 |
| Sinnestäuschungen<br>8 Items              |               |    |     |                 |      |     | 3                  | 0   | 0.7 | 0                 | 0  | 0 |

Tab. 19 Markierungshäufigkeit der Items  
Nicht erhoben / Nicht abklärbar / Fraglich vorhanden / Nicht beurteilbar  
Belegbogen Psychischer Befund I

\* Untersuchungsdurchgänge (s.S.8)

le bis zur Annahme eines Symptoms im Verlaufe der Untersuchung nach oben verschob.

Auf dem Belegbogen Psychischer Befund II (Tab. 20) fanden sich Schlafstörungen in 10,6% der Fälle nicht abklärbar, der höchste Wert in der Basisdokumentation überhaupt. Der höchste Wert auf den Belegbögen der Sozialdokumentation (Tab. 21) findet sich im Merkmalsbereich 'Selbstbeurteilung: Außerberufliche Sozialbeziehungen' (Sozialanamnese 4) mit 8%. (Dazu siehe auch S. 49 und 50)

| Merkmals - Bereich                          | Nicht erhoben | Nicht abklärbar | Fraglich vorhanden | Nicht beurteilbar |
|---------------------------------------------|---------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| Pflegebedürftigkeit                         | 0             | 4.2             |                    |                   |
| Teil 1<br>6 Items                           | 0             | 6.3             |                    |                   |
| Teil 2<br>3 Items                           | 0             | 0               |                    |                   |
| Schlafstörungen                             | 2             | 10.6            |                    |                   |
| Formale Denkstörungen                       |               |                 | 0                  | 0                 |
| Überwertige Ideen                           |               |                 | 0.28               | 0                 |
| Ich u. Persönlichk.-Störungen               |               |                 | 0                  | 0                 |
| Verstimmungen<br>Gefühlsstörungen           |               |                 | 0.08               | 0                 |
| Psychomot. Störungen                        |               |                 | 0                  | 0                 |
| Störungen d. Trieb- und<br>Sozialverhaltens |               |                 | 0                  | 0.37              |

Tab. 20 Markierungshäufigkeit der Items  
Nicht erhoben / Nicht abklärbar / Fraglich vorhanden  
Nicht beurteilbar  
Belegbogen Psychischer Befund II

| Belegbogen Merkmalsbereich |                                       | Nicht erhoben |          |     | Nicht abklärbar |          |      |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------|----------|-----|-----------------|----------|------|
|                            |                                       | Potentiell    | Realiter |     | Potentiell      | Realiter |      |
|                            |                                       |               | Abs.     | %   |                 | Abs.     | %    |
| Sozial-Anamnese 1          | Frühere Aufenthalte                   | 300           | 0        | 0   | 300             | 2        | 0.6  |
| Sozial-Anamnese 2          | Familienstand                         | 250           | 0        | 0   | 250             | 0        | 0    |
|                            | Obj. Beurteilung des soz. Milieus (1) | 550           | 0        | 0   | 550             | 3        | 0.5  |
|                            | Obj. Beurteilung (2) 1 Items          | 50            | 0        | 0   | 50              | 1        | 2.0  |
|                            | Sozial Beziehungen 5 Items            | 250           | 24       | 9.6 | 250             | 0        | 0    |
|                            | Sozial Beziehungen 1 Item             | 50            | 0        | 0   | 50              | 0        | 0    |
| Sozial-Anamnese 3          | Wohnsituation                         | 300           | 26       | 8.6 | 300             | 1        | 0.3  |
| Sozial-Anamnese 4          | Selbstbeurteilung Beruf 6 Items       | 300           | 0        | 0   | 300             | 19       | 6.3  |
|                            | Selbstbeurteilung Beruf 1 Item        | 50            | 0        | 0   | 50              | 3        | 6.0  |
|                            | Selbstbeurteilung Außer Ber. 6 Items  | 300           | 0        | 0   | 300             | 24       | 8.0  |
|                            | Selbstbeurteilung Außer Ber. 1 Item   | 50            | 0        | 0   | 50              | 6        | 12.0 |

Tab. 21 Markierungshäufigkeit der Items  
Nicht erhoben / Nicht abklärbar  
Belegbögen Sozialanamnese 1 - 4

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Anzahl fehlerhafter Markierungen, soweit sie überhaupt vorgekommen sind, sich durchaus im Rahmen der, beim erstmaligen Umgang mit einem solch umfangreichen Dokumentationssystem, kaum zu vermeidenden Fehlerquote liegt. Die Anzahl nicht erhebbarer bzw. nicht abklärbarer Befundbereiche ist insgesamt gering, wenn man berücksichtigt, daß eine Vollständigkeit der anamnestischen Angaben und Befunderhebung bei geriatrischen Patienten nicht zu erzielen sein wird.

## 2. Anamnesebogen - Sozialdokumentationssystem

### Zur Frage der Projizierbarkeit der Daten

Die Projizierbarkeit der Daten des Anamnesebogens auf die des Sozialdokumentationssystems hat dadurch gelitten, daß der Anamnesebogen nicht aus dem Sozialdokumentationssystem heraus entwickelt wurde, sondern beide Teile nebeneinander her entwickelt wurden. So ergibt sich die leidige Tatsache, daß zur Erfassung und Kennzeichnung desselben Merkmalsbereiches in den beiden Teilen des Dokumentationssystems unterschiedliche Skalierungen bzw. Operationalisierungen verwendet wurden. Die mit unterschiedlichen Skalen gewonnenen Daten können aber praktisch nicht einander gegenüber gestellt werden. (z.B. Merkmalsbereich 'Beruf')

Zum anderen zeigt sich, daß ein Vergleich in bestimmten Merkmalsbereichen schon deshalb nicht vorgenommen werden kann, weil das Pendant im anderen Teilsystem fehlt (z.B. Schulbildung, Berufsausbildung). Nun wird es natürlich aus Gründen der Praktikabilität eines solchen Dokumentationssystems unumgänglich sein, eine ausschließende Auswahl der Merkmalsbereiche zu treffen. Bereiche, die im Sozialdokumentationssystem enthalten sind, müssen nicht unbedingt auch auf dem Anamnesebogen enthalten sein. Es sollte jedoch nicht vorkommen, daß Merkmalsbereiche, die auf dem Anamnesebogen vorhanden sind, nicht auch im umfangreicheren und übergreifenden Sozialdokumentationssystem enthalten sind (sofern sie sich auf Sozialdaten beziehen). Die Sozialdaten, die auf dem Anamnesebogen erscheinen, sollten eine gezielte Auswahl der wichtigsten Sozialdaten darstellen. Aus dem Merkmalsbestand des Sozialdokumentationssystems sollten also die wichtigsten Merkmalsbereiche nochmals auf dem Anamnesebogen vorhanden sein und zwar möglichst in direkt vergleichbarer Form. Die Einheitlichkeit der Merkmalsbereiche gewährleistet auch die direkte Projizierbarkeit der Daten.

Da aus räumlichen Gründen eine sehr starke Einengung des Merkmalsbestandes des Anamnesebogens notwendig ist, besteht aber auch die Möglichkeit und Notwendigkeit, Bereiche, die im Sozialdokumentationssystem ausführlicher dargelegt sind, in Form einer zusammenfassenden Skala auf dem Anamnesebogen zu erfassen (z.B. 'Soziale Anpassung'). Hier kann dann natürlich eine direkte

Projizierbarkeit nicht mehr vorhanden sein. Jedoch können die Daten indirekt aufeinander bezogen werden, indem zusammengehörige Merkmalsbereiche des Sozialdokumentationssystems indexmäßig zusammengefaßt und auf die globale Skala des Anamnesebogens projiziert werden.

Das vorliegende Dokumentationssystem bietet hinsichtlich der Projizierbarkeit der Daten des Anamnesebogens auf die der Sozialdokumentation folgendes Bild:

Die Rubrik 'Zivilstand' ist mit einem Teil der Rubrik 'Familienstand' (Belegbogen Sozialanamnese 2) direkt vergleichbar. Der Merkmalsbereich 'Jetziger Wohnort' entspricht einem Teil der Rubrik 'Lage und Versorgung: Jetziger Wohnsitz' (Belegbogen Sozialanamnese 3). Allerdings gilt es hier noch zu bemerken, daß die Rubrik auf dem Anamnesebogen differenzierter operationalisiert ist, als auf dem entsprechenden Sozialdokumentationsbogen.

Die Merkmalsbereiche 'Schulbildung' und 'Berufsausbildung' finden im Sozialdokumentationssystem kein Pendant. Vergleichbarkeit ist daher nicht möglich. Im Merkmalsbereich 'Beruf', der seine Entsprechung in der Rubrik 'Soziale Schichtung' (Belegbogen Sozialanamnese 1) hat, ist keinerlei Projizierbarkeit möglich.

Die 'Aktuelle soziale Situation' ist in direkter Form teilweise der Rubrik 'Wohnformen' (Belegbogen Sozialanamnese 3) und teilweise der Rubrik 'Jetziger Wohnsitz' (Belegbogen Sozialanamnese 3) vergleichbar. Der Merkmalsbereich 'Geschwister' hat sein Pendant in Unterabschnitten der Rubrik 'Familienstand' (Belegbogen Sozialanamnese 2). Vergleichbarkeit ist daher in direkter Form gewährleistet. Die Rubrik 'Einkommen und Vermögen' entspricht nur teilweise in der Operationalisierung der Rubrik 'Einkommen und Vermögensverhältnisse' (Belegbogen Sozialanamnese 2), daher ist eine völlige Projizierbarkeit der Daten aufeinander nicht möglich.

Die Merkmalsbereiche 'Akt. Beschäftigungsgrad' und 'Soziale Anpassung' sollen eine globale Beurteilung von Lebensbereichen ermöglichen, die in der Sozialdokumentation differenzierter erfaßt werden. Die erste Rubrik steht in Beziehung zu den Merkmalsbereichen 'Soziale Schichtung', 'Pensionierung' (Belegbogen Sozialana-

mnese 1) und 'Beschäftigungsformen' (Belegbogen Sozialanamnese 4). Hinsichtlich der Erfassung des Ausmaßes der beruflichen Beschäftigung ist eine Vergleichbarkeit nur bei voller oder keiner Berufstätigkeit möglich. Eine teilweise berufliche Beschäftigung wird im Sozialdokumentationssystem nicht erfaßt. Weiterhin gestattet die unzureichende Glossaranweisung keine hinreichend exakte Einschätzung des Beschäftigungsgrades weder im Beruflichen noch im außerberuflichen Sektor. Eine Projizierbarkeit der Daten z.B. auf den Merkmalsbereich 'Beschäftigungsformen' (Belegbogen Sozialanamnese 4) kann daher nicht vorgenommen werden, da im einzelnen festzulegen wäre, wieviele Beschäftigungsformen häufig und/oder selten ausgeübt werden müssen, um eine Einstufung in volle, teilweise und gar keine Beschäftigung vornehmen zu können.

Die Rubrik 'Soziale Anpassung' ist in drei Unterbereiche einzuteilen, nämlich 'Selbständigkeitsgrad', 'Qualität der Sozialbeziehungen' und 'Quantität der Sozialbeziehungen'. Jeder dieser Unterbereiche hat Entsprechungen in der Sozialdokumentation. So gestattet der Sektor 'Selbständigkeitsgrad' eine Gegenüberstellung der Rubrik 'Hilfsbedürftigkeit' (Belegbogen Sozialanamnese 1). Wie die im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Untersuchungen zeigten, läßt sich in diesem Unterbereich eine vergleichbare quantitative Einschätzung von hinreichender Genauigkeit herstellen, wenn man den Selbständigkeitsgrad 1 (gut) gleichsetzt dem Item 'Keine Hilfsbedürftigkeit' (jetzt gleich keine Markierung), und den Selbständigkeitsgrad 2 (schlecht) gleichsetzt der Zusammenziehung der Items 'völlige Hilflosigkeit', 'teils bettlägerig' und 'z.T. notwendige Betreuung'. Bei der Untersuchung von 250 Patienten (Pop<sub>G</sub>) ergaben sich folgende Vergleichszahlen: (Tab.22)

Tab.22

| <u>Selbständigkeitsgrad</u> |     | <u>Hilfsbedürftigkeit</u> |     |
|-----------------------------|-----|---------------------------|-----|
| Grad 1 (gut)                | 33% | Keine H.                  | 34% |
| Grad 2 (schlecht)           | 46% | völlige H.                |     |
|                             |     | teils bettl.              |     |
|                             |     | z.T. notwendige           | 41% |
|                             |     | Betreuung                 |     |

Der zweite Unterbereich 'Qualität der Sozialbeziehungen' kann vor allem der Rubrik 'Selbstbeurteilung: Außerberufliche Sozialbeziehungen' gegenübergestellt werden (Belegbogen Sozialanamnese 4). Jedoch haben sich keine hinreichenden zahlenmäßigen Übereinstimmungen der Angaben erzielen lassen. Die größte Annäherung konnte erzielt werden in der Gegenüberstellung von Qualitätsgrad der Sozialbeziehung und dem Ausmaß der Belastung in den Sozialbeziehungen. Die zahlenmäßige Differenz betrug aber auch hier mindestens 10%, in allen anderen Bereichen der Rubrik 'Selbstbeurteilung' war sie noch größer. (Tab. 23)

Tab. 23

| Qualität d. Sozialbez.  |     | Selbstbeurteilung                                       |          | Differenz |
|-------------------------|-----|---------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Grad 1 (gut)            | 40% | heute: sehr zufriedenstellend                           | 24%      | 16%       |
| Grad 2 (schlecht)       | 37% | heute: wenig zufriedenstellend                          | 51%      | 14%       |
| Grad 1 (gut)            | 40% | Belastung heute: gering                                 | 30%      | 10%       |
| Grad 2 (schlecht)       | 37% | Belastung heute: ziemlich/stark                         | 45%      | 12%       |
| Grad 1 (gut)            | 40% | Inn. Anteiln. heute: hoch                               | 11%      | 29%       |
| Grad 2 (schlecht)       | 37% | Inn. Anteiln. heute: keine                              | 11%      | 26%       |
| Einstellung zur Familie |     |                                                         |          |           |
| Grad 1 (gut)            | 40% | wohnen mit d. Fam. allein wohnen, aber in der Nähe      | 46%      | 6%        |
| Grad 2 (schlecht)       | 37% | Ablehnung d. Fam. allein wohnen u. entfernt von d. Fam. | 4%<br>2% | 22%       |
| Generationskonflikte    |     |                                                         | 9%       |           |

Die Qualität der Sozialbeziehungen wird auch noch tangiert durch den zum Ausdruck gebrachten Wunsch mit der Familie oder in der Nähe der Familie zu wohnen. Stellt man diese zwei Items der Rubrik 'Einstellung zur Familie' (Belegbogen Sozialanamnese 2) zusammen und vergleicht sie mit dem Qualitätsgrad gut, so ergibt sich eine recht gute zahlenmäßige Übereinstimmung, mit der geringen Differenz von 6%. Für den Qualitätsgrad schlecht läßt sich eine ähnliche Annäherung jedoch nicht erreichen, wenn man als Anhaltspunkt für die schlechte Qualität der Sozialbeziehungen Hinweise auf Generationskonflikte als Ablehnungsgrund für ein Zusammenwohnen mit den Kindern/Verwandten (Rubrik 'Gründe gegen Zusammenwohnen mit Kindern/Verwandten'; Belegbogen Sozialanamnese 3) ansieht. Auch eine ablehnende Haltung der Familie gegenüber sowie der Wunsch, entfernt von der Familie wohnen zu wollen, könnten als Hinweise auf schlechte Sozialbeziehungen angenommen werden. Sogar wenn man diese drei Items zusammenzieht und sie geschlossen dem Qualitätsgrad schlecht gegenüberstellt, ergibt sich eine Differenz in den Angaben von 22%.

Der Unterbereich 'Quantität der Sozialbeziehungen' wird erfaßt von der Rubrik 'Sozialbeziehungen' (Belegbogen Sozialanamnese 2), in der eine sehr genaue quantitative Erfassung der Sozialkontakte vorgenommen wird. Es könnte also erwartet werden, daß gerade in diesem Bereich eine gute Projizierbarkeit der Daten zu erreichen ist. Jedoch hat sich eine befriedigende Vergleichbarkeit in dieser Untersuchung auch nicht erreichen lassen. (Tab. 24)

Tab. 24

| <u>Quantität d. Sozialbez.</u> |     | <u>Sozialbeziehungen</u> | <u>Differenz</u> |       |
|--------------------------------|-----|--------------------------|------------------|-------|
| Grad 1 (gut)                   | 39% | regelmäßig               | 19,8%            | 19,2% |
| Grad 2 (schlecht)              | 38% | unregelmäßig             | 24,4%            | 13,6% |
| Grad 1 (gut)                   | 39% | Pro Tag/pro Woche        | 22 %             | 17 %  |
| Grad 2 (schlecht)              | 38% | Pro Monat/pro Jahr       | 30 %             | 8 %   |
| Grad 1 (gut)                   | 39% | Pro Tag/Woche/Mon.       | 40,2%            | 1,2%  |
| Grad 2 (schlecht)              | 38% | Pro Jahr                 | 11,8%            | 26,2% |

Zieht man zur Erfassung der quantitativen Kontakte die Items 'Besuche von/zu Verwandten/Bekannten' aus der Rubrik 'Beschäftigungsformen' (Belegbogen Sozialanamnese 4) heran, so ergibt sich folgendes Bild: (Tab. 25)

Tab. 25

| <u>Quantität d. Sozialbez.</u> |     | <u>Beschäftigungsformen</u> |     | <u>Differenz</u> |
|--------------------------------|-----|-----------------------------|-----|------------------|
| Grad 1 (gut)                   | 39% | Besuche ... häufig          | 39% | 0%               |
| Grad 2 (schlecht)              | 38% | Besuche ... selten          | 53% | 15%              |

Insgesamt läßt sich sagen, daß in der Rubrik 'Soziale Anpassung' eine hinreichende Projizierbarkeit der Daten auf entsprechende Merkmalsbereiche des Sozialdokumentationssystems allenfalls für den 'Selbständigkeitsgrad' gegeben ist. Für den Unterbereich 'Quantität der Sozialbeziehungen' sollte bei verbesserten Glos-saranweisungen und gutem Training der Untersucher eine Projizier-barkeit der Daten ebenfalls möglich sein. Über Wert und Brauch-barkeit der Skala sagen die bisher erhobenen Daten wenig aus. Weitere Untersuchungen mit einem veränderten Sozialdokumentations-system sind notwendig.

### III. Das Sozialdokumentationssystem

#### 1. Vorbemerkungen

Schwerpunktmäßige Zielsetzung dieser Arbeit ist die Weiterentwicklung des Sozialdokumentationssystems, welches als Zusatzdokumentation zum AGP-Basisdokumentationssystem gedacht ist. Um dieser Zielsetzung gerecht zu werden, bedarf es nicht nur der Analyse der bei der praktischen Erprobung gewonnenen Erfahrungen, sondern auch einer kritischen theoretisch-empirischen Erörterung. Erst aus der Zusammenfassung der im Umgang mit dem System gemachten Erfahrungen, der Sichtung bis heute zu diesem Gebiet vorliegendem wissenschaftlichen Schrifttums und der Diskussion theoretischer Ansätze kann eine Neuordnung des Sozialdokumentationssystems auf dem Boden begründeter Ausgangshypothesen entstehen.

##### 1.1. Sozialdokumentation - warum?

Die Ergänzung eines gerontopsychiatrischen Dokumentationssystems durch eine Sozialdokumentation erscheint aus zwei Gründen notwendig:

a. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung aller industrialisierter Staaten hat seit der Jahrhundertwende stark zugenommen. Nach KAUFMANN befindet sich die Bevölkerung Nord- und Westeuropas in einer Phase, die gekennzeichnet ist durch eine Stabilisierung der Kinderquote, eine Abnahme der Erwachsenenquote und eine Zunahme der Altenquote. Diese Phase wird etwa bis 1985 andauern. Dann wird es zu einem Einpendeln der Altenquote auf einem etwas geringeren Niveau kommen. Wenn es auch bis heute nur wenige umfassende Felduntersuchungen über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen unter den alten Menschen gibt, so zeigen die bisher vorliegenden Untersuchungen doch relativ übereinstimmend, daß etwa 25% der Altersbevölkerung an psychischen Erkrankungen aller Art leidet und daß von diesen etwa ein Drittel als schwer krank, abhängig und hilfsbedürftig angesehen werden muß. (36, 54, 88, 133, 153, 186)

Übereinstimmend wird aus den industrialisierten Ländern auch über eine Zunahme der Hospitalisierungsfrequenz für psychisch Alterskranke berichtet. (5, 13, 15) Dies hat zu einer Überla-

stung der vorhandenen therapeutischen Einrichtungen und unzureichender Behandlung der hospitalisierten Patienten geführt. (5, 44, 76) Die Gründe für die zunehmende Hospitalisierungsfrequenz liegen nach Ansicht der meisten Autoren in der Veränderung sozialer und gesellschaftlicher Gegebenheiten.

Aus diesen Umständen geht deutlich hervor, daß die psychiatrische Versorgung der alten Menschen eine vordringliche soziale und sozialpolitische Verpflichtung ist. Zur Erfüllung dieser Verpflichtung bedarf es im Rahmen psychohygienischer, präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen der Einbeziehung ökologischer und soziologischer Kategorien. (72, 76, 79, 92)

b. In der Diskussion um die Verursachung psychischer Erkrankungen hat das ursprüngliche medizin-biologisch ausgerichtete Konzept in zunehmendem Maße, z.T. in antithetischer Form, Ergänzung gefunden durch theoretische Ansätze, die gesellschaftliche Prozesse in den Mittelpunkt der Überlegungen rücken.

Wenn es auch bis heute nicht gelungen ist zu klären, welche Bedeutung soziologischen Faktoren in der Genese psychischer Störungen zukommt, so hat die diesteezügliche Forschung doch immerhin gewichtige Hinweise darauf gegeben, daß derartigen Faktoren überhaupt eine Bedeutung zukommt.

Das ursprünglich einseitig auf das Individuum ausgerichtete medizin-biologische Denkmodell hat dadurch eine wesentliche Ergänzung und Bereicherung erfahren. Nicht mehr allein das Individuum, sondern das Individuum in der dialektischen Verknüpfung mit seiner spezifischen Umwelt stehen heute zur Diskussion. Die Erweiterung des 'individualistischen Krankheitsbegriffes' zu einem 'sozialen Krankheitsbegriff' erweist sich als notwendig. (8, 79, 92, 145, 146)

Zur wissenschaftlichen Untersuchung dieser Zusammenhänge ist es deshalb notwendig, alle mit psychischen Störungen verbundenen Aspekte zu berücksichtigen. Eine Forderung, die gemeinhin als 'multifaktorielle' oder 'multidimensionale' Vorgehensweise beschrieben wird.

Erscheint somit die Einbeziehung soziologischer Faktoren in die Untersuchungen über Ätiopathogenese, Diagnostik und Therapie, Verlauf und Prognose psychischer Störungen auch als ein Notwendigkeit, so bestehen in der praktischen Umsetzung infolge mangelnder fundierter theoretisch-empirischer Erkenntnisse doch erhebliche Schwierigkeiten. So lassen sich die bis heute vorliegenden empirischen Untersuchungsergebnisse wegen des unterschiedlichen methodischen Vorgehens der einzelnen Untersucher kaum vergleichen. Gesicherte Erkenntnisse liegen daher bis heute kaum vor. Daraus ergibt sich die Forderung nach einem methodischen Vorgehen, daß eine Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse gewährleistet.

Dieses Ziel wird mit der Entwicklung eines Sozialdokumentationssystems angestrebt. Es muß sich dabei notwendigerweise um eine Art soziale Basisdokumentation handeln, die nicht alle Forschungsansätze beinhalten kann und zur Bearbeitung detaillierter und spezieller Forschungsfragen der Ergänzung durch spezifische Forschungsinstrumente bedarf.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die Einbeziehung psychopathologischer, somatischer, soziologischer und sozialpsychologischer Gesichtspunkte in ein gerontopsychiatrisches Dokumentationssystem der Forderung nach einer 'multidimensionalen' Vorgehensweise in der Erforschung psychischer Störungen des höheren Lebensalters entspricht. Es ist beabsichtigt, durch Anwendung des Dokumentationssystems auf größere Kollektive und Auswertung mittels EDV und statistischer Methoden einen Beitrag zur Fundierung empirischer Erkenntnisse gerade auch über die Bedeutung soziologischer und sozialpsychologischer Faktoren bei psychischen Störungen zu leisten und die notwendigen Daten für praktische sozialpolitische und therapeutische Schritte wie auch für weitere theoretische Erwägungen zur Verfügung zu stellen. (92)

## 1.2. Funktionen eines Sozialdokumentationssystems

Hat es sich also nicht nur als berechtigt, sondern sogar als notwendig erwiesen, soziologische und sozialpsychologische Kategorien in gerontopsychiatrischen Untersuchungen zu berücksichtigen, so

bleibt doch die Frage zu beantworten, ob ein Sozialdokumentationssystem das geeignete Instrument zur Erfassung und Untersuchung der Bedeutung soziologischer und sozialpsychologischer Faktoren im höheren Lebensalter ist.

Zur adäquaten Erforschung bestimmter Fragestellungen bedarf es eigens für die jeweilige Fragestellung entwickelten Instrumentariums. Mit der fortlaufenden Abänderung der Fragestellungen im Forschungsprozeß ändert sich auch das Instrumentarium. Von daher erscheint es also sinnvoll, jeder neuen Fragestellung und Hypothese ihr eigenes Instrument zuzuordnen und auf die Entwicklung eines Dokumentationssystems zu verzichten. Dieses kann in Merkmalsauswahl und Operationalisierung nämlich nicht in stringenter Weise aus einer bestimmten Fragestellung resultieren, sondern stellt in mehr oder weniger großem Ausmaß immer einen Kompromiß zwischen verschiedenen hypothetischen Ansätzen und Fragestellungen dar. Wenn die Entwicklung eines solchen Systems vorgenommen wird, dann in der Annahme, daß es eine Reihe soziologischer Daten gibt, die gleichermaßen für die verschiedenen Fragestellungen von Belang sind und die keine Probleme in ihrer breiteren Anwendung bereiten. Dieses System kann also nicht andere Forschungsinstrumente ersetzen, es bedarf im Gegenteil zur Untersuchung spezifischer Fragestellungen der Ergänzung durch andere Instrumente. Es soll lediglich eine Auswahl basaler Sozialdaten darstellen.

Hiervon ausgehend erfüllt ein Sozialdokumentationssystem in erster Linie eine deskriptive Funktion. Diese besteht in der Kennzeichnung

- a. der objektiven Lebenssituation des jeweiligen Individuums
- b. des subjektiven Erlebens der objektiven Gegebenheiten.

Darüber hinaus kommt einem solchen System aber auch eine verifizierende Funktion zu bei der Untersuchung

- a. eines überindividuellen Zusammenhangs zwischen objektiver Lebenssituation und subjektivem Erleben (z.B. Einfluß von Einkommen und Gesundheitszustand auf allgemeine Lebenszufriedenheit)

- b. eines Zusammenhangs zwischen objektiver Lebenssituation der Untersuchten und psychischen Störungen, bzw. deren Ätiopathogenese, Pathoplastik, Diagnostik, Therapie, Verlauf und Prognose.
- c. eines Zusammenhangs zwischen subjektivem Erleben objektiver Gegebenheiten und psychischen Störungen.

Ferner können die mit Hilfe des Dokumentationssystems gewonnenen Daten zur Grundlage weiterer gerontopsychiatrischer Planungsvorhaben werden.

### 1.3. Äußere Gestaltung des Sozialdokumentationssystems

Bei der Entwicklung des vorliegenden Dokumentationssystems wurden einige Rahmenbedingungen für die Gestaltung festgelegt, die auch bei der Weiterentwicklung Berücksichtigung finden müssen. So sollte es in erster Linie der Dokumentation der Forschung dienen. (39) Läßt auch die Entscheidung, ein solches Instrument als Forschungsinstrument und nicht im klinischen Alltag zu nutzen, größeren Spielraum in der Umfangsgestaltung, so wird der Umfang doch durch praktische Erwägungen wie Zeitaufwand, Handlichkeit, Motivation zur Benutzung usw. Einschränkung finden müssen.

Weiterhin wurde die Entscheidung getroffen, "daß die Dokumentation nicht nur für Hospitalisierte, sondern auch für ambulant betreute gerontopsychiatrische Patienten geeignet sein sollte." (39)

Die notwendigen Sozialdaten sollten in zwei Teilen in das Gesamtsystem einbezogen werden. Der eine Teil sollte in die Basisdokumentation eingegliedert und auf dem Anamnesebogen niedergelegt werden. Der andere, umfangreichere Teil sollte als Zusatzdokumentation entwickelt werden, wobei die Merkmale beider Teile aufeinander projizierbar sein sollten. (72)

Im Hinblick auf die äußerliche Gestaltung und die Verarbeitungstechnik wurde eine Entscheidung für elektronische Sichtablesung (Markierungsbelege) getroffen. (39)

#### 1.4. Ausgangshypothesen für die Auswahl des Merkmalsbestandes

Als HOLLINGSHEAD und REDLICH ihre nunmehr schon klassische Studie "Social class and mental illness" projektierten, sahen sie sich vor eine Situation gestellt, in der sie feststellen mußten, daß psychiatrische und gesellschaftswissenschaftliche Theorien bislang unabhängig voneinander entwickelt worden waren. "Es wurden nur wenige Versuche zur Überbrückung der Distanz zwischen den beiden theoretischen Ansätzen unternommen: selbst zentrale Begriffe der einen Disziplin sind der anderen größtenteils unbekannt ... Die Sozialwissenschaftler konnten zeigen, daß sich das Verhalten in verschiedenen sozialen Schichten und Subkulturen erheblich unterscheidet. Die psychiatrische Theorie dagegen widmet den sozio-kulturellen Faktoren wenig Aufmerksamkeit. Dieses Verständnis des Patienten als eines von der Gesellschaft isolierten Individuums ist der Haltung eines Astronomen vergleichbar, der die Sonne studiert und den sie umgebenden Planeten nur oberflächliche Beobachtung schenkt, anstatt die Sonne als kleinen Teil eines astronomischen Systems zu sehen." (79, S. 9)

HOLLINGSHEAD und REDLICH gingen von der theoretischen Annahme 'eines funktionalen Zusammenhanges zwischen der Schichtung in einer Gesellschaft und der Prävalenz bestimmter Formen psychischer Störungen in gegebenen sozialen Schichten oder Gruppen einer bestimmten Bevölkerung' aus. (78) Die Schichtposition eines Individuums bestimmten sie mit einem 'Index of social position', in den die gewichteten Faktoren Beruf, Ausbildung und Wohngegend eingingen. Es gelang ihnen damit, die von ihnen aufgestellten Hypothesen zu bestätigen. Danach korreliert die Prävalenz einer psychiatrischen Erkrankung, die Form einer psychiatrischen Erkrankung und die Art der psychiatrischen Behandlung mit der Schichtposition des Individuums.

Angeregt von den Ergebnissen dieser Studie wurde in der Folgezeit zahlreiche Untersuchungen gemacht, die trotz unterschiedlichen methodologischen Ansatzes übereinstimmend bestätigten, daß 'das Erkrankungsrisiko ganz offensichtlich in systematischer Weise an den sozialen Status einer Person im System sozialer Ungleichheit gebunden ist. " (92)

In einer Übersicht über epidemiologische Studien, die sich mit Beziehungen zwischen dem sozialen Status und psychischen Störungen befassen, zeigten DOHRENWEND und DOHRENWEND (48) konsistente Ergebnisse in 20 von 25 Studien auf. Dabei ergaben sich die höchsten Raten psychischer Störungen stets in der untersten sozio-ökonomischen Schicht. Von wesentlicher Bedeutung für diese Beziehung scheinen als Untertypen psychischer Gestörtheit Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie zu sein.

Es darf heute als hinreichend belegte Tatsache gelten, daß die soziale Stellung eines Menschen von großem Einfluß auf die Entstehung, Diagnostik, Therapie und den Verlauf von Verhaltensstörungen ist, ohne daß hierfür schon eine allgemein akzeptable Erklärung gefunden wäre. Auch auf gerontopsychiatrischem Gebiet hat es zwischenzeitlich Untersuchungen gegeben, die zu bestätigen scheinen, daß der aufgezeigte Zusammenhang auch für in dieses Gebiet fallende Verhaltensstörungen gilt. (36, 88, 118, 157, 158)

So fanden z.B. KAY, BEAMISH und ROTH (88) bei faktorenanalytischer Auswertung ihrer Untersuchungen folgende Faktorengruppe als bedeutsam für die psychische Altersentwicklung:

- a. Physische Krankheiten und Gebrechen
- b. Soziale Isolation
- c. Persönlichkeitsabweichungen
- d. Sozioökonomischer Status

"Nun darf man die verschiedenen Variablen nicht auffassen wie in der Mechanik, das heißt als Ganzes isolierter Faktoren, die getrennt wirken, sich addieren oder subtrahieren und sich schließlich in einem 'Lehrsatz von der Komposition der Kräfte' ausdrücken lassen. Man muß sie dynamisch auffassen, als ein ganzes in Bewegung befindliches System, bei dem es unmöglich ist, analytisch die Wirkung der psychischen Konstitution, der Mikro- und Makrogruppen voneinander zu trennen, ein Davor und Danach zu unterscheiden. Denn alles hängt miteinander zusammen und ist voneinander abhängig. Es ist aber unmöglich einen 'Nullpunkt' aufzustellen, von dem aus man eine Chronologie der Einflüsse herstellen könnte. Denn der zukünftige Kranke ist von Geburt an in familiären Relationen gefangen. Und diese familiären Relationen werden

determiniert durch die Stellung dieser Familie in der Klasse, der ethischen Herkunft und der religiösen Konfession." (8, S.197)

Es kommt darauf an, nur solche Faktoren auf ihren Bezug zu abweichendem Verhalten zu untersuchen, die für eine Kausalanalyse von Bedeutung erscheinen. KEUPP bezeichnet solche Faktoren als 'Primärfaktoren' und weist darauf hin, daß die Bestimmung eines Faktors als 'Primärfaktor' natürlich ein theoretisches Bezugssystem voraussetzt. (92) "Mit der Bestimmung der Klassenposition eines Individuums innerhalb konkreter gesellschaftlicher Verhältnisse machen wir Aussagen über einen Primärfaktor, der einen großen Teil der Varianz sozialen Verhaltens erklärt." (90, S.24 und 25)

Es soll daher die Schichtzugehörigkeit als Ausgangspunkt für die Entwicklung des Sozialdokumentationssystems gelten. Als abhängige Variablen sind der Gesundheitszustand, psychiatrische Diagnose und Therapie etc. zu betrachten. Auch die vielfach als krankheitsbedingend- und/oder beeinflussend angesehene soziale Isolation wird nicht als ein 'Primärfaktor' im oben skizzierten Sinne betrachtet, sondern muß sowohl in ihrer persönlichkeitsbedingten als auch durch äußere Einflüsse hervorgerufenen Form in Zusammenhang mit dem Sozialstatus eines Individuums stehend angesehen werden. Diesen Zusammenhang im Auge behaltend, wird auch der 'Sozialen Isolation' des älteren Menschen im Rahmen eines gerontopsychiatrischen Sozialdokumentationssystems Raum gegeben werden müssen. Auch kann die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen, die ihrerseits wieder als wichtige Variable im Entwicklungsprozeß abweichenden Verhaltens fungiert, nicht unabhängig von den äußeren Bedingungen gesehen werden, unter denen der einzelne aufzuwachsen gezwungen war. Zur adäquaten Erfassung und Einschätzung psychischer Störungen auch im höheren Lebensalter ist die Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur als intervenierender Variabler unumgänglich. Die Entwicklung einer Dokumentation von Persönlichkeitsmerkmalen war jedoch nicht Aufgabe dieser Arbeit. Es kann daher an den verschiedensten Stellen nur immer wieder auf die Wichtigkeit dieser Variablen hingewiesen werden.

DUNHAM wies darauf hin, daß ein logischer Fehler begangen werde, wenn Daten auf der soziologischen Organisationsebene erhoben und dann der psychologischen Organisationsebene interpretiert würden. (98) Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Einbeziehung intervenierender Variablen in den Untersuchungsplan. Auch KLEINER und PARKER unterstreichen 'die Bedeutung soziologische und sozialpsychologische Variablen in einem Untersuchungsplan zu vereinigen, der abweichendes Verhalten zu erforschen beabsichtigt. Soziologisch konzeptualisierte Variablen (unabhängige Variablen) können mit psychischer Gestörtheit und anderem abweichenden Verhalten (abhängige Variablen) nur dann verbunden werden, wenn besondere sozialpsychologische Bedingungen (intervenierende Variablen) vorliegen.' (98)

Auch THOMAE wies in seiner 'kognitiven Theorie des Alterns' darauf hin, daß nicht so sehr die objektive Lebenssituation und ihre Veränderung als vielmehr das subjektive Erleben dieser Situation und ihrer Veränderung entscheidend für individuelles Verhalten ist. Er ist der Meinung, daß der ältere Mensch auf die Erhaltung eines psychodynamischen Gleichgewichtes ausgerichtet ist und 'dieses Gleichgewicht mehr und mehr durch eine Revidierung der kognitiven Systeme (z.B. der eigenen Erwartungen oder des Selbstbildes)' erreicht, "da Änderungen der 'objektiven' Situation oder im Bedürfnissystem unwahrscheinlich sind." (203)

Auf dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Überlegungen soll nun im folgenden der Versuch unternommen werden, zu einer theoretisch begründbaren Auswahl des Merkmalsbestandes zu kommen. Dabei kommt es darauf an, das vorliegende System in Ergänzung zur praktischen Erprobung auch durch kritisch-theoretische Überlegungen weiterzuentwickeln. Ziel der Bemühungen ist also die Weiterentwicklung, Verbesserung und Neugestaltung des Sozialdokumentationssystems.

## 2. Die Auswahl des Merkmalbestandes

### 2.1. Sozioökonomische Situation

#### 2.1.1. Vorbemerkungen

Das in ein gegebenes gesellschaftliches Bezugssystem eingebettete Individuum zeigt auf dem Boden einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur (intervenierende Variable) einen Gesundheitszustand

(abhängige Variable), der sich wiederum aus mehreren miteinander wechselseitig verknüpften Kategorien (grob: physischer und psychosozialer Art) zusammensetzt. Als 'Primärfaktor' im vorgegebenen gesellschaftlichen Rahmen wird die Schichtposition eines Individuums (unabhängige Variable) angesehen. Ausgangspunkt der Entwicklung eines Sozialdokumentationssystems hat daher die Bestimmung von Indikatoren sozialer Schichtung zu sein sowie in einem zweiten Schritt, deren Erörterung in Hinsicht auf geronto-psychiatrische Probleme. Daraus resultiert dann die Auswahl eines Merkmalsbestandes für ein Sozialdokumentationssystem. (s. S. 95ff, S. 170-180)

### 2.1.2. Faktoren sozialer Schichtung

Von entscheidender Bedeutung für die Stellung eines Individuums im gesellschaftlichen Schichtungssystem ist unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen der sozioökonomische Status der Eltern. Dieser steht in direkter Beziehung zur Schulbildung, zum Beruf und Sozialprestige sowie dem Einkommen der Kinder, woraus sich weitere Abhängigkeiten ableiten lassen. Ebenso bedeutsam ist der sozioökonomische Status der Eltern für die Entwicklung psychischer Funktionen, bestimmter Verhaltensmuster, Wertorientierungen, Denk- und Lebensstile. So nimmt der sozioökonomische Status der Eltern über die Bestimmung des sozioökonomischen Status der Kinder, ihre psychische und soziale Prägung auch Einfluß auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitsversorgung und damit ihren ganzen Gesundheitszustand. Dieser Sachverhalt läßt erwarten, daß niedrige soziale Schichten durch geringe materielle Möglichkeiten, mangelnde Information, mangelndes Wissen usw. ihren Gesundheitszustand nachteilig beeinflussen. EITNEK, TRÖGER und MASIUS (52) weisen zum Beispiel auf die 'schlechte stomatologische Situation bei wenig qualifizierten Schwerarbeitern' und deren Folgen für einen beschleunigten und vorzeitigen Alterungsprozeß hin. Sie schreiben: "Besonders angelernte Kräfte und Hilfsarbeiter vernachlässigen in großem Umfang die Regeln einer lebenslaufstetigen Stomatohygiene ... Es steht fest, daß die Kauinsuffizienz die Magen-Darmfunktion ungünstig beeinflusst. Eine Eiweißmangeldystrophie im Alter erweist sich als Schrittmacher von Resorptionsstörungen, Leistungseinbußen und damit einer beschleunigten und vorzeitigen Alterung. Die mathematisch-rechnerisch ausgewiesenen Interkorrelationen zwischen stomatologischem Status, Magen-Darm-

störungen, ungünstiger Trophik und vorgealtertem Erscheinungsbild bei wenig qualifizierten Schwerarbeitern sind hochsignifikant." (S. 142/143)

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes stellten SROLE und LANGNER (189) fest, daß die unabhängige Variable des elterlichen sozioökonomischen Status 1. in einer inversen Beziehung zur Häufigkeit der 'Beeinträchtigung' psychischer Gesundheit 2. in einer direkten Beziehung zur Häufigkeit des 'gesunden' Zustandes und 3. in gar keiner Beziehung zu den Häufigkeiten 'leichter' und 'mäßiger' Typen von Symptombildung steht.

Dieselben Autoren untersuchten auch Zusammenhänge zwischen Statusmobilität und psychischen Störungen. Auf Grund des Berufsniveaus von Vätern und Nachkommen ermittelten sie anhand einer sechsstufigen Skala die Aufwärts- und Abwärtsmobilität und deren Bezug zu psychischer Gesundheit. Sie fanden, "daß die stabile nicht-mobile Gruppe ein Gleichgewicht in der Zahl der beeinträchtigten und gesunden Mitglieder aufweist ..., daß unter den 'Aufsteigern' ein Ungleichgewicht besteht, wobei die Zahl der Gesunden die der Beeinträchtigten etwa im Verhältnis 3:2 übersteigt. Schließlich ist das Ungleichgewicht bei den 'Absteigern' deutlich zur anderen Seite geneigt, wobei die Beeinträchtigten die Gesunden im Verhältnis 5:2 übertreffen." (189) Andere Untersuchungen zu dieser Frage ergaben sehr inkonsistente Ergebnisse und zeigten Zusammenhänge sowohl zwischen abwärtsgerichteter Mobilität und psychischer Krankheit wie auch aufwärtsgerichteter Mobilität und psychischer Krankheit. (98)

Die Ergebnisse vieler dieser Studien sind wegen des unterschiedlichen methodologischen Vorgehens der Autoren nicht vergleichbar. Die Probleme ergeben sich aus der unterschiedlichen Definition des Begriffes 'Sozioökonomischer Status' oder 'Soziale Schicht' und davon abhängig der Verwendung unterschiedlicher Meßmethoden. Der Forderung nach gesellschaftstheoretischer Begründbarkeit der zur Kennzeichnung des sozioökonomischen Status herangezogenen Indikatoren ist bisher nicht Rechnung getragen worden, da sich bis heute, wie BERGMANN schreibt, "kein wissenschaftlicher Konsensus darüber (hat) etablieren lassen, welche Dimensionen sozialer Ungleichheit als die entscheidenden angesehen werden sollen

und an welcher Stelle der Status-Leiter sich wichtige Einschnitte finden, die Schichten oder Klassen konstituieren würden!" (90, S. 49) KEUPP meint, daß es bei der Verwendung einer Vielzahl von Schichtindikatoren schwer fiele, "in der speziellen Wahl eines Indikators oder in der multiplen Kombination mehrerer von ihnen etwas anderes als Willkür zu entdecken." (90, S. 49)

Bei diesem Stand der wissenschaftlichen Diskussion läßt sich auch in diesem Rahmen nicht mehr als eine 'willkürliche' Auswahl der Schichtindikatoren vornehmen. Man kann dennoch der Meinung sein, daß die in verschiedenen Studien benutzten Indikatoren von empirischer Brauchbarkeit sind, auch wenn sie im einzelnen nicht aus einer erklärungs-fähigen Gesellschaftstheorie abgeleitet wurden. Als zentrale Kategorie fungiert in den meisten Arbeiten der 'Beruf'. (48, 56, 79, 98, 189) Daneben werden andere oder auch zusätzliche Indikatoren benutzt wie Berufsprestige, Einkommen, Schulbildung, Ausbildung, Wohnbezirk, Wohnverhältnisse, Lebensstandard, kulturelle Interessen u.a.m.. Alle diese Faktoren sind untereinander mehr oder weniger verbunden. SCHEUCH hat ein dreidimensionales Modell vorgeschlagen, in welches die voneinander abhängigen Faktoren der 'erlernte Beruf bzw. die ausgeübte Tätigkeit', die 'Schulbildung' und das 'Einkommen' als Merkmale eingehen. Es scheinen mit diesen Faktoren die realen Gegebenheiten einigermaßen gut erfaßbar zu sein. Sie ermöglichen zumindest eine Diskriminierung zwischen Unter- Mittel- und Oberschicht, was nach PFLANZ (141) für den soziologisch-psychiatrischen Bereich am wesentlichsten ist.

Nicht nur wegen ihrer Bedeutung als Indikatoren für das gesellschaftliche Schichtungssystem, sondern auch wegen ihres besonderen Stellenwertes für die Gerontopsychiatrie bedürfen die Bereiche 'Beruf' und 'Wohnungssituation' noch einer weiteren Erörterung.

#### 2.1.2.1. Beruf

Der Beruf ist zumindest für die Männer - in zunehmendem Maße aber auch für die Frauen - der Lebensbereich, der den Lebensrhythmus, den Lebensstil sowie alle anderen Lebensbereiche in entscheidender Weise beeinflußt. Auch im Zusammenhang mit gerontologischen

und gerontopsychiatrischen Problemstellungen wurde diesem Bereich bald große Aufmerksamkeit entgegengebracht. Dabei lag das Hauptaugenmerk jedoch auf der abrupten Veränderung in diesem zentralen Lebensbereich, wie sie uns in der Pensionierung oder Berentung entgegentritt. Die einschneidenden Veränderungen im wirtschaftlichen und sozialen Bereich des alten Menschen, wie sie mit der Pensionierung einherzugehen pflegen, wurden als eine Krisensituation angesehen, die Anlaß zu Anpassungsschwierigkeiten und psychischen Störungen geben kann. Begriffe wie 'Pensionierungsbankrott' und 'Pensionierungstod' beeinflussten die Diskussion und führten zu einer eingehenden empirischen Untersuchung dieses Problems. Die heute vorliegenden Untersuchungsergebnisse geben ein anderes Bild der Verhältnisse wider und haben aufgezeigt, daß eine differenziertere Betrachtungsweise notwendig ist.

Über die Diskussion der Probleme, die mit der Pensionierung zusammenhängen, scheint die Beschäftigung mit den Problemen, die sich aus dem Berufsleben selbst ergeben, etwas aus dem Auge verloren worden zu sein. Wenn man jedenfalls den möglichen Einfluß auf gerontopsychiatrische Erkrankungen diskutiert, so ist es notwendig, den Blick nicht einseitig auf die Pensionsproblematik zu richten, sondern den Einfluß des Berufslebens, der Berufssituation selbst, auf die spätere Lebenssituation im Alter, die Gesundheit und das Verhalten der Menschen zu untersuchen.

#### 2.1.2.1.1. Art der Berufstätigkeit

Will man den Einfluß der Arbeitstätigkeit auf spätere gesundheitliche Befunde bei einem Menschen untersuchen, so tritt der Arbeitsprozeß selbst, die Art der beruflichen Tätigkeit sofort in den Mittelpunkt des Interesses. Bei allen berufstätigen Menschen gibt es, will man die Berufssituation kennzeichnen, gewisse übereinstimmende Faktoren. Diese treten jedoch bei der Art der Fragestellung naturgemäß in den Hintergrund und können gegenüber den je nach Tätigkeit unterschiedlichen beruflichen Gegebenheiten nicht von Interesse sein. Es ist unmittelbar einsichtig, daß der beruflich stark körperlich beanspruchte Mensch anderen Einwirkungen auf seine Körperfunktionen und seine Gesundheit ausgesetzt ist, als ein körperlich nicht beanspruchter Mensch. Es ist zu erwarten, daß sich die verschiedenen Berufsgruppen im Hinblick auf

ihre Gesundheit unterschiedlich darstellen. Eine genaue Beschreibung der Arbeitsplatzsituation und der damit verbundenen besonderen Beanspruchung des Arbeitenden wäre notwendig, um zu differenzierten Aussagen zu kommen. Berufskennzeichnungen wie 'Arbeiter', 'Angestellter', 'Selbständiger' etc. sind zur Erhellung etwaiger Zusammenhänge völlig unzulänglich.

Immerhin ergeben sich auch schon bei derart groben Aufteilungen interessante Erkenntnisse. So wurden in der Bundesrepublik ein Drittel der Arbeiter und ein Viertel der Angestellten vor Erreichen der gesetzlich festgelegten Altersgrenze pensioniert. Wenn man gleichzeitig berücksichtigt - was viele Untersuchungen ergeben haben - daß nämlich der Gesundheitszustand der ausschlaggebende Grund für vorzeitige Pensionierung ist, dann ergibt sich daraus zwingend, daß bei gerontopsychiatrischen Fragestellungen diese Gruppe der vorzeitig Pensionierten und wie man somit auch annehmen darf, gesundheitlich besonders beeinträchtigten, besonderes Augenmerk verdient.

BLUME (21) fand in seinen Untersuchungen, daß "etwa die Hälfte der Über 65 jährigen Industriearbeiter unter einer chronischen Krankheit (leidet) und in ständiger ärztlicher Behandlung (ist). Diese Zahl liegt bei den ehemaligen Industriearbeitern (und deren Angehörigen) höher als bei den übrigen Berufen. Die Anforderungen, die in einem modernen Industriebetrieb gestellt werden, scheinen demnach den alternden Menschen über seine Kräfte hinaus zu belasten." (S.335 )

CLARK (41) beschreibt einzelne Belastungsfaktoren und weist darauf hin, daß ihr spezifischer Einfluß auf alternde Arbeiter bisher kaum erforscht wurde. Er schreibt: "Ich weise hier nicht nur auf die kumulative Wirkung hin, die dadurch eintritt, daß ein Mann ständig Staub und Dämpfen ausgesetzt ist, sondern noch nachdrücklicher auf die verstärkte Schädigung durch industriellen Lärm, durch Arbeit bei schlechter Beleuchtung, der Belastung durch hohe Verantwortung und durch die Notwendigkeit, in der Arbeit lange Zeit Haltungen einzunehmen oder Bewegungen zu machen, die ein Physiologe als angespannt oder 'unnatürlich' bezeichnen würde. Man kann beispielsweise annehmen, daß eine unerkannte ge-

fühlsmäßige Spannung schließlich entweder zu einer eindeutigen Neurose oder zu gastrischen Symptomen führt, die wir nicht selten bei alten Arbeitern finden. " (S. 258)

Verschiedene Autoren untersuchten welche besonderen Arbeitsplatzverhältnisse mit psychischen Störungen korrelieren. Dabei gelangte DE VEER (zit. nach 1) zu dem Schluß, "daß die Industrie mit ihren Arbeitsbedingungen und ihren autoritären Strukturen mit einen ätiologischen Faktor für psychische Erkrankung darstellt." Er zeigte, daß "sowohl Arbeiter mit zu schwieriger Arbeit und mit zu großer Verantwortung (subjektives Urteil) als auch Arbeiter mit monotoner Tätigkeit, die zuwenig Entscheidungsraum läßt und zuviel Aufmerksamkeit auf die Maschine verlangt", ein Höchstmaß an psychischen Störungen aufwiesen. (S. 148)

ABHOLZ (1) führt aus, daß Unzufriedenheit mit der zu leistenden Arbeit, niedriger Sozialstatus der eingenommenen Tätigkeit, die Tatsache, sich bei der Arbeit überwacht zu sehen und Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, mit psychosomatischen Störungen korrelieren. Die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes ist bekanntermaßen für die älteren Arbeitnehmer besonders groß. Diese sind aber auch noch in anderer Hinsicht am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt. So betont CLARK (41), daß in der Industrie unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen Produktionstempo und Produktionsmethoden auf die Leistungsfähigkeit jüngerer Männer abgestellt sind. Und von WELFORD (218) wird darauf hingewiesen, daß ältere Menschen noch unter besonders ungünstigen Arbeitsbedingungen zu leiden haben, "weil neu entstandene Arbeitsplätze, die auch bessere Arbeitsbedingungen bieten, gewöhnlich eher mit jungen Leuten besetzt werden." (S. 278)

Wie zahlreiche Untersuchungen zeigten, sind für ältere Menschen offenbar besondere belastende Tätigkeiten solche, bei denen unter erheblichem Zeitdruck gearbeitet werden muß, insbesondere wenn noch körperlicher Einsatz damit verbunden ist, sowie solche, bei denen mit sehr kleinen Teilen hantiert wird, feines Unterscheidungsvermögen und ununterbrochene Konzentration verlangt wird. Die Bedeutung dieser Untersuchungsbefunde wird verdeutlicht durch die Analysen von CLARK und DUNNE, die zeigen, "daß die

Möglichkeit, die Pensionierungsgrenze zu erreichen bzw. zu überschreiten, in den verschiedenen Berufen und Tätigkeitsgruppen erheblich differiert. Jene Berufe, die besonders schwere körperliche Tätigkeiten verlangen, aber auch die Berufe, die sehr große Gewandtheit und Umstellungsfähigkeit erfordern, zeigen den geringsten Anteil von über 65 jährigen Arbeitskräften. Die Berufe hingegen, die große Exaktheit und Genauigkeit verlangen und bei denen dem Zeitfaktor keinerlei Bedeutung zukommt, haben die höchste Rate älterer Arbeitnehmer." (zit. nach 110, S. 167)

Die Bedeutung, die die Art der Berufstätigkeit für intellektuelle Alternsveränderungen hat, zeigt LEHR (110) an. Jene Berufsgruppen, von denen am wenigsten bestimmte intellektuelle Funktionen verlangt wurden, die relativ eintönige und wenig anregende Tätigkeiten, die kaum Umstellungsfähigkeit erforderten, zu verrichten hatten, ließen am ehesten Abbauerscheinungen erkennen. Hingegen war dort "sogar eine Steigerung der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu verzeichnen, wo die Berufstätigkeit eine bestimmte 'Übung' solcher Funktionen begünstigte." (S. 72)

Diese Untersuchungsergebnisse weisen eindeutig darauf hin, daß die Art der Berufstätigkeit erheblichen Einfluß auf die Gesundheit des älteren Menschen hat und als ein entscheidendes Moment in bezug auf eine vorzeitige Pensionierung wirkt. Dieser Gruppe von vorzeitig Pensionierten muß von gerontopsychiatrischer Seite große Aufmerksamkeit gewidmet werden. Selbst wenn man annimmt, daß es überwiegend somatische Erkrankungen sind, die hier die entscheidende Rolle spielen, so ist doch aus vielen Untersuchungen der enge Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Störungen im Alter bekannt. (36)

#### 2.1.2.1.2. Geschlechtsspezifische Unterschiede

In Hinsicht auf die Berufstätigkeit bestehen zwischen den beiden Geschlechtern erhebliche Unterschiede. Das gilt nicht nur für das zahlenmäßige Verhältnis von Berufstätigen verschiedenen Geschlechts, sondern auch für die Art der Tätigkeit, den Verdienst, die Einstellung zum Beruf, die Bindung an den Beruf, die Einstellung zur Berufsaufgabe usw..

Entscheidend für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind unterschiedliche, gesellschaftlich bedingte Rollenerwartungen. Während der Mann frühzeitig auf die Übernahme eines Berufes hin erzogen wird, werden von der Frau andere Verhaltensmuster erwartet und andere Rollen für sie höher bewertet. Ihre Tätigkeit als Ehefrau, Hausfrau und Mutter werden als zentral angesehen, während die Ausübung einer regelmäßigen Berufstätigkeit in vielfacher Weise behindert wird. Die Erziehung zu derartigem Rollenverhalten macht es verständlich, daß die Frauen später das von ihnen erwartete Verhalten akzeptieren und als eigenen Wunsch ansehen.

Die Erziehung der Kinder erfolgt in Hinsicht auf die Übernahme ihnen später zugedachter zentraler gesellschaftlicher Rollen. In unserer Gesellschaft ist für den Mann der Berufsbereich, für die Frau der Familienbereich die zentrale Kategorie. Entsprechend den unterschiedlichen Rollenanforderungen wird eine unterschiedliche Erziehung praktiziert, die zu geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen, Einstellungen und Verhaltensweisen führt. LEHR (110) hat auf die Erziehungshaltung der Eltern hingewiesen, "die von der Tochter Gehorsam, Folgsamkeit, Unterordnung und Sich-Fügen verlangt, vom Sohn Durchsetzungsfähigkeit und Eigenständigkeit." (S. 190) Dabei dürfen allerdings überlagernde Einflüsse durch soziale Schichtung und kalendarisches Alter nicht übersehen werden, die im Einzelfall innerhalb des gleichen Geschlechts zu erheblichen Unterschieden Anlaß geben können. So beginnen jüngere Frauen mit der Wandlung des traditionellen Rollenbildes und den damit verbundenen veränderten Sozialisationseinflüssen andere Verhaltensweisen zu zeigen als ältere Frauen.

Es darf wohl angenommen werden, daß die durch traditionelle Rollenvorstellungen geprägte Erziehung und die damit verbundene geschlechtsspezifische unterschiedliche Ausprägung von Persönlichkeits- und Verhaltensmustern auch für eine Reihe unterschiedlicher Reaktionsweisen und psychischer Störungen im Alter verantwortlich gemacht werden kann. Die Schwierigkeit, eine solche Kausalkette im Einzelfall aufzuzeigen, darf jedenfalls nicht zur Ausklammerung dieser Überlegungen und zum Zurückgreifen auf scheinbar leichter zu untersuchende Erklärungen führen. Für den

gerontopsychiatrischen Bereich sei hier nur auf die bekannte Tatsache geschlechtsspezifischer Häufigkeitsverteilung bei den depressiven Erkrankungen hingewiesen. Bei der Untersuchung und Erklärung dieses Phänomens müssen derartige Überlegungen berücksichtigt werden.

Die zweite wichtige Folge rollenspezifischen Erziehungsverhaltens ist die Abhängigkeit, in die sich die Frau dadurch begeben muß, daß sie sich nur auf ihre Rollen als Ehefrau, Hausfrau und Mutter konzentriert. Die weitreichenden Folgen, die diese Abhängigkeit der Frau vom Mann gerade auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit haben kann, ist nicht hoch genug zu veranschlagen. In diesem Zusammenhang wäre die Abklärung der Frage sehr interessant, ob sich die Frauen, die ihr Leben lang berufstätig waren, in ihrem Gesundheitszustand im Alter von denen unterscheiden, die ihr Leben lang herkömmliche Rollenerwartungen erfüllt haben.

Die unterschiedliche Rollenerziehung bedingt auch, daß die Motivation für die Frau einen Beruf auszuüben, in der Regel eine ganz andere ist als für den Mann. DONAHUE, ORBACK und POLLACK (zit. nach 136) beschreiben das folgendermaßen: "Die meisten Frauen treten in die Arbeitswelt ein, nur aus Nützlichkeitsgründen: die junge Frau, um für sich selbst aufzukommen und um ihre Zeit auszufüllen bis der richtige Ehemann gefunden werden kann; die ältere Frau arbeitet, um das Familieneinkommen aufzufüllen, oder, falls der Ernährer fehlt, um für sich selbst aufzukommen. Es mag sein, daß es für die Frau mittleren Alters einige Gründe gibt, der Leere (Eintönigkeit) des Haushalts zu entfliehen, besonders dann, wenn die Kinder das Haus verlassen haben; sie nehmen dann eine Arbeit auf aus Gründen des Interesses oder der Abwechslung. Aber gerade dieser Trend scheint nur selten gegeben, und nur hauptsächlich unter den Frauen der finanziellen Mittelklasse." (S. 328) Die meisten Frauen arbeiten gezwungenermaßen entgegen ihrem Wunsch, ihrem Interesse und ihrer Erziehung. Für sie ergeben sich daraus besondere Belastungen psychischer wie physischer Art.

Die unterschiedliche Motivation zur Berufsausübung bedingt bei der Frau ebenso wie die Ausübung schlechter bezahlter und wenig

interessanter und verantwortungsvoller Tätigkeit eine andere Einstellung zum Beruf und auch zur Berufsaufgabe als beim Mann. LEHR (110) konnte nachweisen, "daß das Streben nach beruflichen Erfolgen, beruflichem Weiterkommen und auch nach finanzieller Besserstellung für Frauen von weit geringerer Bedeutung ist als für Männer, bei denen die meisten Stellen- und Berufswechsel in dieser Weise motiviert sind!" (S. 189) BURGESS, TARTLER, PALMORE u.a. nahmen an, daß die Berufsaufgabe der Frau deshalb nicht so schwer falle, weil sie daran gewöhnt sei, zwei Berufe auszuüben und mit der Pensionierung lediglich in den ersten zurückkehre. Sie erleide keinen Rollenverlust und von daher sei die Berufsaufgabe für sie auch nicht - wie für den Mann - eine Krisensituation. (110, 136) LEHR (110) betont jedoch, daß diese Vorstellung auf Grund der empirischen Forschung erheblich differenzierter zu betrachten ist.

#### 2.1.2.1.3. Pensionierung

"Das Ausscheiden aus dem Berufsleben ... bedeutet unter anderem die Übernahme einer anderen Rolle mit anderen Verhaltenserwartungen, eine Umstrukturierung des bisher durch die Berufstätigkeit rhythmisierten Tageslaufes, eine Umstrukturierung des sozialen Feldes einschließlich einer Umstrukturierung der familiären Kontakte; es bedeutet finanzielle Veränderungen und eine Verlagerung des persönlichen Engagements und Interesses von einer Welt der Arbeit auf eine Welt der freien Zeit." (110, S. 198)

Diese mit der Pensionierung einhergehenden einschneidenden Veränderungen trugen zu der Ansicht bei, daß es zu einer krisenhaften Reaktion von seiten des Pensionärs kommen müsse. Begriffe wie 'Pensionierungsbankrott' (192) und 'Pensionstod' bestimmten die Diskussion um dieses Thema für lange Zeit. Indes läßt sich die These vom 'Pensionstod' statistisch nicht untermauern. Und auch im Hinblick auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen scheint die pathogenetische Bedeutung dieses Faktors nicht sehr groß zu sein. So fand LOWENTHAL bei ihren Untersuchungen von hospitalisierten Patienten mit einer organischen Alterspsychose zwar, daß in immerhin 38% der Fälle die Pensionierung in den letzten 5 Jahren vor Krankheitsbeginn erfolgte, daß bei der Mehrzahl der Probanden die Erkrankung aber schon vor der Pension einsetzte. (120)

THOMPSEN und STREIB (208) konnten bei ihren Untersuchungen dagegen auch eher einen positiven Einfluß der Pensionierung auf den Gesundheitszustand feststellen. TEWS (200) scheint die These von der Desintegration durch die Berufsaufgabe denn auch an Berufspositionen orientiert, "die wir der höheren Mittelschicht vornehmlich zuordnen würden. Es handelt sich dabei um Positionen mit individuellem Spielraum, Entscheidungsfreiheit und Verantwortung, versehen mit Machtbefugnissen, Untergebenen usw." (S. 180)

Die unterschiedliche Bedeutung, welche die Berufsaufgabe für den einzelnen besitzt, ist von der Art der Berufstätigkeit, ihrer Bedeutung für den einzelnen und seiner Einstellung zu ihr abhängig. LEHR und DREHER (111), PALMORE (136) u.a. weisen darauf hin, daß einer Berufsaufgabe um so positiver gegenübergestellt werde, je größer die körperliche Tätigkeit im Beruf sei. BLUME (21) fand bei seinen Untersuchungen, daß rund die Hälfte der Industriearbeiter sich für eine Vorverlegung der Pensionsgrenze aussprach und dafür sogar bereit war, auf ein Drittel der bisherigen Einkünfte zu verzichten.

Wenn hingegen Angestellte, Beamte und vor allem Selbständige weniger gern aus dem Berufsprozeß ausscheiden, so dürfte dies auf die körperlich weniger anstrengende Arbeit, den besseren Gesundheitszustand und auf die Tatsache zurückzuführen sein, daß für diese Berufsgruppen der Beruf mehr Möglichkeiten zur Identifizierung und Selbstverwirklichung aufweist und einen geringeren Grad an Entfremdung. Diese Auffassung wird bestätigt durch die Untersuchungen von FRIEDMAN und HAVIGHURST (111), die eine eher negative Erwartungshaltung der Pensionierung gegenüber dort fanden, wo die Arbeit als Quelle neuer Erfahrungen, als Horizonterweiterung, als Voraussetzung des 'Selbstrespektes' erlebt wurde und wo ökonomische Werte eine geringere Rolle spielten. Auch die Ergebnisse von LEHR und DREHER (111) weisen in diese Richtung. Sie stellten heraus, "daß eine relativ ungestörte berufliche Entwicklung, das Erreichen der sich selbst gesteckten beruflichen Ziele, die Anpassung an die neue Lebenssituation des Pensioniertseins erleichtert; das Gefühl des Unerreichten, 'Unfertigen', 'Unvollendeten', die Trennung vom Berufsleben erschwert." (S. 357) Durch diese Aussagen sind Berufe gekennzeichnet, die höher bezahlt und damit

ein Leben jenseits der Grenze existentieller Sorgen ermöglichen.

Diese Ergebnisse machen deutlich, daß von einer einheitlichen Reaktion auf die Pensionierung gar nicht gesprochen werden kann, sondern daß hier schichtspezifische, geschlechtsspezifische und berufsspezifische Faktoren berücksichtigt werden müssen. Diese sind ausschlaggebend für Gesundheit, ökonomische Situation und Einstellung dem Beruf gegenüber, welche sich ihrerseits als entscheidende Variable im Hinblick auf die Aufgabe des Berufes erwiesen haben.

#### 2.1.2.1.4. Anpassung an die Pensionierung

##### 2.1.2.1.4.1. Einkommen und Einkommensverminderung

Die wohl wichtigste und folgenschwerste Veränderung, die mit der Pensionierung eintritt, betrifft die Verminderung des Einkommens. BLUME stellte bei seinen Untersuchungen Einkommensverluste von mindestens einem Drittel fest. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von DEININGER (43) und BLUME (21) läßt sich feststellen, daß etwa 50% der Männer und 86% der Frauen Einkommen von unter 500,- DM haben, und etwa 10% der Männer und 20% der Frauen gar von unter 200,- DM. (Ergebnisse der 1% Mikrozensus-Erhebung 1968) Auch in den höheren Einkommensgruppen finden sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. So haben zwar 17% der Männer aber nur 3,3% der Frauen Einkommen über 800,- DM. (Hochgerechnete Ergebnisse der 1% Wohnungsstichprobe 1965) Die Mikrozensusuntersuchung von 1971 zeigte, daß 30,9% der Frauen und 7,9% der über 65 jährigen Männer weniger als 300,- DM monatliches Einkommen zur Verfügung haben. Mehr als 60% der über 65 jährigen hat ein Einkommen unter 600,- DM. Es läßt sich also insgesamt feststellen, daß eine relativ große Gruppe der älteren Menschen gezwungen ist, mit minimalen Bezügen zu leben. (222)

Aus diesen Zahlen wird vor allem deutlich, daß das Problem niedriger Einkommen vorwiegend ein Problem der älteren, meist allein-stehenden Frauen ist. Das ist einerseits darauf zurückzuführen, daß diese in früheren Lebensabschnitten keinen Beruf ausgeübt haben und andererseits darauf, daß sich nach dem Tod des Ehemannes die Rentenbezüge erheblich vermindern. TEWS schreibt dazu:

" Beim Tod des Ehemannes verringert sich das Einkommen um 30-50%. War die Rente des Mannes ohnedies relativ gering, stellt dies schon einen beträchtlichen Einschnitt dar, zumal nur ein geringer Teil (8%) der über 65 jährigen Frauen eine eigene Rente aus früherer Berufstätigkeit beziehen konnten. ... Zu den Frauen mit den geringen Einkommen (unter 200,-DM) gehören vor allem die Witwen ehemaliger Selbständiger (27%) und ehemals freiberuflich Tätiger (24%). Es dürften dies früher vorwiegend kleine Gewerbetreibende gewesen sein. Der bestehende Rechtsanspruch wird nicht ausgenutzt, man will nicht als 'bedürftig' erscheinen (die Gruppe der 'verschämten' Armen) und die Sozialhilfe als Almosen betrachten ... oder man kennt seine Rechte nicht bzw. scheut den Weg zum Amt." (200, S. 193) So nehmen nur 6% der über 65 jährigen Sozialhilfeleistungen in Anspruch (222).

Nun sind Einkommen und Einkommensverminderung nicht nur objektive und absolute Größen, sondern ebenso gut subjektiv und relativ zu bewerten. Wie jemand mit einem gegebenen Einkommen zurechtkommt und ob er es als ausreichend oder nicht ausreichend empfindet, hängt vom früheren Lebensstil und seinen Bedürfnissen ab. Ein Einkommen, das der eine als ausreichend, vielleicht sogar als reichlich empfindet, wird von einem anderen als völlig unzureichend empfunden werden können. Will man also die Folgen der mit der Pensionierung verbundenen Einkommensvermindierungen untersuchen, muß man stets sowohl die objektive und absolute, am gesellschaftlich bedingten Existenzminimum meßbare, als auch die subjektive und relative Dimension berücksichtigen. Von THOMPSON und STREIB wird allerdings darauf hingewiesen, daß subjektive Faktoren in dem Maße an Bedeutung verlieren, in dem sich die wirtschaftlichen Mittel dem Existenzminimum nähern. Wie ihre Untersuchungen aber auch zeigten, gaben fast die Hälfte der Personen mit einem minimalen Ruhestandseinkommen, kein Symptom wirtschaftlichen Mangels an. (208)

Welche Folgen haben diese recht erheblichen Einkommensvermindierungen nach der Pensionierung für die Betroffenen und ihre Familien?

Folgt man ROSENMAYR (164), der sich auf französische Untersuchun-

gen stützt, so kommt es zu charakteristischen Verschiebungen in dem Sinne, daß die Pensionäre einen weitaus größeren Teil ihres Gesamteinkommens (60%) für Nahrungsmittel und Wohnung (21,2%) ausgeben, während in anderen Bedürfnisbereichen im Vergleich zu den Berufstätigen anteilmäßig weniger ausgegeben wird. Aus diesen wohl zu verallgemeinernden Zahlen geht die durch die objektiven Einkommensverhältnisse für einen großen Teil der Pensionäre erzwungene Reduktion auf menschliche Grundbedürfnisse deutlich hervor. Allzuoft dürfte noch eine Einschränkung selbst in diesen Bereichen vonnöten sein. Dann kommt es auch zu negativen Auswirkungen auf die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, mit all ihren möglichen gesundheitsschädlichen Folgen.

Wie ausschlaggebend für die subjektive Zufriedenheit und den Anpassungsprozeß an die Pensionierung die wirtschaftliche Situation der alten Menschen ist, zeigen wiederum die Untersuchungen von THOMPSON und STREIB. " Diese Ergebnisse können ganz allgemein so interpretiert werden, daß Unzufriedenheit mit den situativen Mitteln zu einer Unzufriedenheit mit der veränderten Lebenssituation führt, insbesondere wenn die Unangemessenheit der Mittel als Ergebnis der veränderten Lebenssituation verstanden wird." (208, S. 318) Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang auch auf den kumulativen Effekt verschiedener Faktoren wie z.B. wirtschaftliche Belastung und schlechter Gesundheitszustand hin.

Die von den Einkommensverhältnissen alter Menschen erzwungenen Verschiebungen hin zu lebenswichtigen Grundbedürfnissen führen zwangsläufig zu Einschränkungen in anderen Lebensbereichen. Damit fehlen in vielen Fällen einfach die Voraussetzungen für zahlreiche Aktivitäten und größere Mobilität, deren angebliche Bedeutung für eine 'gelungene Anpassung' in zahlreichen Untersuchungen betont wurde. TEWS (200) schreibt dazu: "Nur ein kleiner Teil kann, so wie er will. Ein größerer Teil muß sich stark bescheiden, was nach außen manchmal auch so aussieht, als ob die älteren Personen dies als ihnen gemäß ansähen. Man wird viel eher so argumentieren können, daß die notwendige Beschränkung dazu geführt hat, daß sich die Bedürfnisse ebenfalls reduziert haben ... Unter diesem Aspekt ist auch die Disengagement-These zu sehen: nicht zuletzt die Einkommensverhältnisse zwingen die Reduktion von

Aktivitäten, nach einer gewissen Zeit sehen die älteren Personen womöglich diese Reduktion als auch 'angemessen' oder als dem 'Alter' entsprechend an - und die Umwelt hält diese Restriktion ebenfalls für altersspezifisch und für 'natürlich', sie ist aber ein bloßes Produkt gesellschaftlicher Verhältnisse." (S. 197)

#### 2.1.2.1.4.2. Aktivität und Freizeitverhalten

Die Aktivität älterer Menschen darf also keinesfalls von ihrer wirtschaftlichen Situation getrennt gesehen werden. Diese determiniert die Rahmenbedingungen, innerhalb derer es überhaupt zu Veränderungen im Rollen- und Aktivitätsverhalten kommen kann.

Die Kompensation mit der Pensionierung eintretender Rollen- und Funktionsverluste durch Übernahme neuer Rollen und Aufnahme neuer Aktivitäten ist aber nicht nur abhängig von der sich mit der Pensionierung einstellenden veränderten Wirtschaftslage. Der Anpassungsprozeß an die Pensionierung ist ebenso gut auch eine Funktion biografischer Gegebenheiten mit ihren schicht-, berufs- und geschlechtsspezifischen Unterschiedlichkeiten.

Wie HAVIGHURST und auch HERON (110) feststellen konnten, wünschen sich - im Gegensatz zu Angehörigen anderer Berufe - dreiviertel der Arbeiter ein Jahr nach erfolgter Pensionierung wieder eine Berufstätigkeit herbei, obwohl sie der Pensionierung ursprünglich weitaus positiver gegenüberstanden. Angehörige sogenannter 'höherer Berufe' hingegen standen der Pensionierung ursprünglich negativer gegenüber, konnten sich aber nach erfolgter Pensionierung mit den neuen Lebensumständen besser und subjektiv befriedigender arrangieren. Die Schlußfolgerungen, die HERON aus diesen Untersuchungsergebnissen zieht, sind allerdings zu bezweifeln. Es erscheint doch etwas kurzschlüssig und fraglich, für derartige Unterschiede einfach unterschiedliche Intelligenz verantwortlich zu machen. Eine wahrscheinlichere Erklärung dürfte in der Tatsache liegen, daß Arbeiter auf Grund ihrer Ausbildung, ihres Berufes, ihres Lebensstiles und den ihnen früher nicht gegebenen Möglichkeiten weitaus schlechter auf den Ruhestand vorbereitet sind und mit der plötzlich im Übermaß vorhandenen Freizeit weniger anzufangen wissen. BLUME (21) schreibt dazu: "Was man beim Industriearbeiter während seines ganzen Lebens versäumt hat, im

hinreichend klarzumachen bzw. ihn dazu zu befähigen, soll nach dem 65. Lebensjahr 'bei entsprechender Selbstbesinnung' plötzlich vorhanden sein: der geistige Fundus zur Auseinandersetzung mit dem Sinn des Lebens, das tiefgründige Einsteigen in das Warum-lebe-ich, Verantwortungsfreude, Aktivität zu Initiativen gegenüber der übrigen Gesellschaft und politische Verantwortungsfreude ... Das Sich-Unterordnen-Müssen hat vor allem die Industriearbeiter bis zu ihrem Ausscheiden aus dem Beruf begleitet. Der Zwang zur Gewöhnung hat den Hang zur Gewöhnung bewirkt." (S. 340)

Auf diesem Hintergrund wird der ideologische Charakter aller Anpassungsmaße und Aktivitätsmessungen deutlich. Gemessen wird mit einer Elle, die für mindestens die Hälfte aller alten Menschen nicht passend und angemessen ist. Normvorstellungen und Wertmaßstäbe werden ohne Berücksichtigung gravierender Klassen- und schichtspezifischer Unterschiede zur Beurteilung einer 'gelingenen Anpassung' herangezogen. Dazu nochmals BLUME: "Der Tatbestand, daß der wirtschaftende Mensch heute weder das, was er produziert, noch das, was er verbraucht, selbst bestimmt, sondern sein ganzes wirtschaftliches Tun fremd bestimmt ist, wirkt sich auch nach dem 65. Lebensjahr noch in voller Tragweite aus. Die Fremdbestimmung trifft in ihrer ganzen Breite alle Arbeitnehmer, ganz besonders die Industriearbeiter ... Ein Mensch, der von der Einschulung bis zum Ausscheiden aus dem Beruf nach Anweisung innerhalb eines exakt festgelegten Ordnungsvollzuges zu arbeiten gewöhnt ist, für dessen betrieblich gebundenen Tätigkeitsbereich nur ein minimaler Spielraum für Eigeninitiative und Eigenverantwortung bleibt, ist überfordert, wenn man von ihm erwartet, daß er nach dem 65. Geburtstag aus eigener Entscheidung aktiv wird, Initiativen entwickelt usw. Ebenso wird ein Arbeiter, der in den Jahren seiner beruflichen Tätigkeit nicht mit kulturellen Gütern vertraut gemacht wurde, den Reiz solcher Güter nicht mit frischem Mut zu entdecken versuchen, nachdem sich das Fabriktor zum letzten Mal hinter ihm verschlossen hat. Die durch Massenmedien und Reklame gelenkte Freizeit in unserer arbeitsteiligen Konsumgesellschaft wird nicht nach dem 65. Lebensjahr ersetzt werden können durch eine selbstbestimmte Gestaltung der freien Stunden." (21, S.334)

Diese theoretischen Vorstellungen werden durch empirische Untersuchungen von BLUME (21), SCHMIDT-SCHERZER, RENNER und OLBRICH (176) gestützt, welche die Abhängigkeit des Aktivitätsverhaltens von sozialem Status, Einkommen, Schulbildung etc. aufzeigen. Danach ist höherer sozialer Status verbunden mit höherer Aktivität (47), welche ihrerseits wieder mit größerer Zufriedenheit einhergeht, wie Untersuchungen z.B. von HAVIGHURST, MUNNICHs, NEUGARTEN und THOMAE (110) und von MADDOX und EISDORFER (121) ergeben haben. Schichtspezifische Variable wie Einkommen, Beruf und Schulbildung bedingen das Interesse und die aktive wie auch passive Teilnahme am öffentlichen Leben (47).

## 2.1.2.2. Wohnungssituation

### 2.1.2.2.1. Situative Aspekte

Den niedrigen Einkommensverhältnissen älterer Menschen in der Bundesrepublik entsprechen ihre verglichen mit jüngeren Altersklassen schlechteren Wohnbedingungen. (164) Nach der 1968 in der Bundesrepublik durchgeführten Gebäude- und Wohnungszählung leben 9% der älteren Mieter in Wohnungen mit der qualitativ schlechtesten Ausstattung, haben 25% kein eigenes WC in der Wohnung und 45% müssen ohne Bad auskommen. Nur 20% bewohnen Mietwohnungen, die über Bad, WC und Sammelheizung verfügen. "Aus dem gesamten verfügbaren Zahlenmaterial ist eine deutliche Schlechterstellung der Haushalte mit älteren Haushaltsvorständen im Vergleich zu jenen mit jüngeren Haushaltsvorständen feststellbar, sowohl bezogen auf Ausstattungsmerkmale der Wohnungen, als auch raummäßig." (46, S.328)

Trotz dieser relativ ungünstigen objektiven Wohnsituation sind nur 10% der über 60 jährigen mit ihrer Wohnung nicht zufrieden. Dabei fällt auf, daß der Anteil der Unzufriedenen mit zunehmendem Alter abnimmt und daß eine überraschend geringe Abhängigkeit zwischen Einkommenshöhe und Wohnungszufriedenheit zu bestehen scheint. (46) DIECK meint, dieses Phänomen eher durch Resignation und Apathie als durch echte Zufriedenheit erklären zu können, was eine Bestätigung der 'kognitiven Theorie des Alterns' von THOMAE (203) wäre.

Wie LEHR und THOMAE (112) betonen, wird die formale Struktur des Haushaltes von verschiedenen Faktoren bestimmt. Das Alleinleben bzw. Zusammenleben mit Kindern und anderen Personen wird von sozioökonomischen, psychologischen und kulturell-traditionellen Momenten beeinflusst. So ist auf die unterschiedlichen Gegebenheiten in städtischen und ländlichen Gebieten zu verweisen. (47, 86, 112, 200) Im allgemeinen tendieren die älteren Menschen in weniger ländlich strukturierten Gebieten in den verschiedensten Ländern dazu, getrennt von den Kindern, aber in ihrer Nähe zu wohnen, eine Tendenz, die mit der Formel: "Innere Nähe durch äußere Distanz" umschrieben wurde. (112, 200) Die umgekehrte Tendenz zum Zusammenleben findet sich außer in landwirtschaftlichen Regionen (47, 86) am häufigsten in Verbindung mit niedrigem Einkommen, niedrigem Sozialstatus und in höherem Alter. (47, 200) Wie TEWS ausführt, neigen ältere Menschen dann zu einem Zusammenleben, wenn der Ehepartner verstorben ist, wenn die Einkünfte gering sind, wenn sie chronisch krank sind und in hohem Alter stehen. (200)

Insgesamt scheint sich jedoch die von TARTLER 1961 beschriebene 'zunehmende räumliche Isolierung der Alten' (112, 200) weiter zu verstärken. Lebten nach den Ergebnissen der Volkszählung von 1961 ca. 24% allein, so waren es nach den Ergebnissen der Gebäude- und Wohnungszählung 1968 bereits ca. 43% (36% weiblich, 7% männlich). (46) Zweipersonenwohnparteien bildeten ca. 42% und ca. 15% standen einem Haushalt von mindestens drei Personen vor. (46) Diese Ergebnisse legen die Frage nahe, ob der 'zunehmenden räumlichen Isolierung' der älteren Menschen auch eine soziale Isolierung entspricht und wieweit dies in gerontopsychiatrischer Hinsicht von Belang ist. Darauf wird später noch einzugehen sein. (s.S.105 ff.)

#### 2.1.2.2.2. Anthropologische Aspekte

Die Wohnung hat für jeden Menschen eine entscheidende Funktion und Bedeutung. ZUTT (224) hat die grundlegenden Daseinsordnungen in Wohnordnung und Rangordnung unterteilt, woraus schon die Bedeutung hervorgeht, die er dem Wohnen aus anthropologischer Sicht zuteilt. BOVI (27) schreibt dazu: "Außer dem symbolischen Wert,

den wir ihm gewöhnlich geben, hat unser Haus ... auch einen wirklichen Wert: Das Dach beschützt uns und die Wände schirmen uns ab gegen die zudringlichen Blicke der anderen. Im Wohnen grenzt sich ein vertrauter zuverlässiger Raum von einem unzuverlässigen, fremden, nicht vertrauten und auch feindlichen ab. In unserem Hause, in unserer Stadt wohnen heißt, daß wir in diesem Haus, in dieser Stadt in einem unseren Wesen verwandten Raum sind, in welchem Vertraute und Freunde mit uns, Fremde aber nicht in der gleichen Weise sind. Hier fühlen wir uns vertraut zu Hause, auch wenn einige Zentimeter von der Wand entfernt eine fremde Wohnung beginnt, die wir nie gesehen haben und deren Bewohner wir nicht kennen ... Durch die Wohnordnung setzt sich so das Dasein Grenzen, es begrenzt sich. Das heißt aber sogleich: es hält Stand."

Bei dieser Bedeutung, die dem Wohnen im menschlichen Dasein zukommt, die es zu einem zentralen Punkt von allgemeiner und individueller Bedeutung macht, ist es nicht verwunderlich, daß dieser Bereich in der Erforschung psychiatrischer Alterserkrankungen gebührende Berücksichtigung findet. Insbesondere der Wohnungswechsel zog dabei die Aufmerksamkeit auf sich, da bei einer Veränderung in einem so wichtigen Bereich erhebliche psychische Belastungen angenommen werden dürfen, die sich unter Umständen krisenhaft zuspitzen und sogar in einer Krankheit enden können. Dazu nochmals BOVI (27): "... diese neue Wohnung zu beziehen ist auch ein Zwang zu einer neuen Anpassung, die erst das Dasein ausfüllen muß, um wieder geborgen zu sein, um sich wieder mit der Freiheit und Unbefangenheit bewegen zu können wie einst. Was kann nun geschehen, wenn eine solche Anpassung nicht rechtzeitig gelingt? Das Dasein befindet sich in einer schicksalhaften Grenzsituation. Wenn das Wohnen nicht in einer tragbaren Weise geordnet ist, wenn es an die Grenze des Ungeordneten gerät, dann kommt es zur Beeinträchtigung dessen was wir oben als Stand definiert haben, d.h. auch der Stellung der sicheren Welt gegenüber, der Stellung, die es uns ermöglicht den anderen entgegenzutreten und mit ihnen auseinanderzusetzen. Die Möglichkeit des Sich-Auseinandersetzens wird auf's Spiel gesetzt, d.h. es kann zu einem psychotischen Zustand kommen." (S. 253/254)

ZUTT (224) und KULENKAMPEFF (101) weisen darauf hin, daß eine Störung der Wohnordnung wahnhafte Gedankeninhalte zur Folge haben. Eine Störung dieses Ordnungsraumes beinhaltet eine Störung der Ich-Identität und der Ich-Grenzen und kann zur psychotischen Desintegration Anlaß geben. Wird der Wohnordnung aus daseinsanalytischer Sicht ganz allgemein eine große Bedeutung zugeschrieben, so gewinnt sie für den alten Menschen noch mehr Gewicht. "In der gewohnten Wohnung haben wir das Höchstmaß räumlicher Geborgenheit. Je älter wir werden, desto mehr. Man kann alte Bäume nicht verpflanzen." (224)

#### 2.1.2.2.3. Spezielle gerontopsychiatrische Aspekte

LANGE berichtete schon 1928 über einen Zusammenhang von Wohnungswechsel und Auslösung depressiver Erkrankungen. Später berichtete KORNHUBER (100), daß er bei insgesamt 42 Frauen in 12 Fällen Umzug und Zerstörung der Wohnung als auslösende Ursache cyclothymischer Phasen fand. Auch von PAULEIKHOFF (139, 140) wird darauf hingewiesen, daß gerade bei Frauen das Auftreten einer endogenen depressiven Phase in Verbindung mit einem Wohnungswechsel auffallend oft zu beobachten ist. MÜLLER-FAHLBUSCH und IHDA (128) berichteten über die Auslösung endogener Depressionen in zeitlichem Zusammenhang mit einem Wohnungswechsel und stellten dabei Patienten vor, die sowohl vor als auch während und nach dem Wohnungswechsel erkrankten. VOGEL und LUNGERSHAUSEN (214) fanden statistisch auffällige Beziehungen auf dem 5% Niveau zwischen dem Auftreten von Involutionsdepressionen und die Wohnordnung betreffenden Sorgen. 28% der Patienten mit einer Involutionsdepression waren innerhalb eines Jahres vor der Untersuchung umgezogen. (Der überwiegende Teil hatte sich zwar wohnungsmäßig verbessert, mußte aber mehr Miete zahlen, wohnte plötzlich in eintönigen Neubauvierteln der Vorstädte mit großen unpersönlichen Miethäusern u.ä.) Knapp 22% waren mit ihrer Wohnung unzufrieden. Die Autoren weisen aber besonders auch auf den additiven Effekt mehrerer eventuell psychoseauslösender Faktoren hin.

MÜLLER-FAHLBUSCH und IHDA (128) weisen ebenso wie PAULEIKHOFF (139) darauf hin, daß es gilt das 'subjektiv Belangvolle' eines Ereignisses zu berücksichtigen und die 'Stellung und Bedeutung der einzelnen Ereignisse im Rahmen der Gesamtsituation' zu be-

urteilen. Dabei kommt es vor allem auf die Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur an, denn bei Menschen bestimmter Persönlichkeitsstruktur scheint ein Wohnungswechsel besonders geeignet zu sein, eine endogene Depression zu provozieren. Diese Menschen leben nach TELLENBACH und PAULEIKHOFF (139, 140, 199) in festen Ordnungen, halten an alten Ordnungen fest und können neue Ordnungen nur mit Schwierigkeiten aufbauen. Nach SCHIED und TÖLLE (172) zeichnen sie sich durch Ordentlichkeit, Fleiß, Pflichtgefühl, Pedanterie und hohen Leistungsanspruch aus. Außerdem zeigen sie enge Abhängigkeitsbeziehungen zu wenigen Personen.

Eine stärkere Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur könnte auch die Ausgangsbasis für die Beantwortung der Frage der 'Symptomwahl' darstellen. Denn eine Veränderung der Wohnsituation wird nicht einheitlich mit einer depressiven Erkrankung beantwortet, sondern kann auch Anlaß für eine paranoide Psychose geben. (101, 224) So fanden LANGE und POPPE (103) in 41% ihrer Fälle mit einer paranoiden Beeinträchtigung im Alter Veränderungen der Wohnordnung im Vorfeld der Psychose. Auch kann der 'Stress' einer solchen Veränderung wesentliche Bedeutung für die Pathogenese seniler und arteriosklerotischer Psychosen gewinnen, so wie es von CAMPAILLA (33) beschrieben wurde.

Erst aus der Verbindung von biografischem Hintergrund, Persönlichkeitsstruktur und einem oder sogar mehreren psychoseauslösenden Faktoren mag sich eine krankhafte Reaktion ergeben, wobei die Bedeutung der einzelnen Faktoren soziologischer und sozialpsychologischer Art heute noch gar nicht abzuschätzen ist. BOVI schreibt dazu: "Der Mensch ist ja in jedem Augenblick seines Lebens das Ergebnis einer geschichtlichen Entwicklung. Die möglichen Beeinträchtigungen der Wohnordnung führen unseres Erachtens nach der verschiedenen Situation auf dem Lebensweg zu vier verschiedenen Situationen, also vier verschiedenen psychotischen Seinsweisen, die sich durch 1. angstvolle Unruhe 2. Gehemmtheit 3. Zusammenbruch der Vertrautheit und 4. schließlich Verlust des räumlichen Orientierungsvermögens kennzeichnen. Unter klinischem Gesichtspunkt entsprechen diese Änderungen der Neurose, dem depressiven Zustand, dem Autismus mit paranoiden Symptomen und schließlich dem Demenzsyndrom." (27) Diese Aussagen tragen hypo-

thetischen Charakter. Ausreichende empirische Belege haben sich dafür bisher nicht erbringen lassen.

Veränderungen der Wohnsituation haben in der psychiatrischen Literatur besondere Beachtung gefunden wohl nicht nur wegen der aufgezeigten theoretischen Erwägungen, sondern sicher auch, weil eine solche Veränderung gut datierbar und eindeutig nachzuweisen ist, wie auch von MÜLLER-FAHLBUSCH und IHDA betont wird. (128) Die Bedeutung eines solchen Faktors wird also möglicherweise durch methodologische Schwierigkeiten bei der Kennzeichnung anderer, weniger gut feststellbarer und einschneidender Ereignisse überschätzt, während z.B. in diesem Zusammenhang die Wohnbedingung selbst in ihrer Bedeutung weit unterschätzt wird. So ist es leicht vorstellbar, daß eine im 4. Stock eines Altbaus gelegene Wohnung mit Ofenheizung und Außentoilette für einen herzinsuffizienten oder/und gehbehinderten alten Menschen eine so erhebliche körperliche und psychische Belastung darstellt, daß dieser Faktor eventuell im Zusammenwirken mit weiteren ungünstigen Umständen entscheidende Bedeutung bei der psychischen Dekompensation eines alten Menschen gewinnt. Es ist jedenfalls erstaunlich, daß der Wohnungssituation selbst in der Literatur bisher so wenig Beachtung geschenkt wurde. Mehr als einige wenige sozialstatistische Daten sind selten erhoben worden. Eine genaue Vorstellung von der Wohnungssituation und damit von den Lebensumständen in einem wichtigen menschlichen Lebensbereich, kann den vorliegenden Untersuchungen nicht entnommen werden. LEHR (110) stellt dazu fest; "daß die Wohnsituation Älterer Menschen - von sozialstatistischen und soziologischen Erhebungen abgesehen - noch nicht hinreichend erforscht ist. Wie weit bestimmte ökologische Momente, d.h. Umweltbedingungen im allgemeinen und Wohnbedingungen im besonderen, das Erleben und Verhalten des Individuums - auch im höheren Lebensalter - mit beeinflussen, muß erst in weiteren interdisziplinär durchgeführten Untersuchungen geklärt werden ..." Immerhin glauben EITNER und TRÖGER (51) auf Grund ihrer Untersuchungen schon feststellen zu dürfen, daß "durch die Wohnungsgestaltung ein entscheidender Einfluß sowohl auf den Prozeß des Alterns als auch die Gesundheit im Alter ausgeübt werden kann."

#### 2.1.2.2.4. Zusammenfassung

Dieser kurze Überblick über einige gerontopsychiatrische Aspekte im Zusammenhang mit der Wohnungssituation älterer Menschen sollte die Verbindung zwischen sozioökonomischen Faktoren und gerontopsychiatrischen Fragestellungen aufzeigen. Die Wohnungssituation wurde ebenso wie der Beruf als Indikator für den 'Primärfaktor' Schichtposition eines Individuums angesehen. Wegen ihrer besonderen Bedeutung für gerontopsychiatrische Belange wurden sie hier breiter erörtert. Im folgenden soll nun, hervorgehend aus den bisher gemachten Ausführungen, eine kurze Kennzeichnung der für ein gerontopsychiatrisches Sozialdokumentationssystem als notwendig erachteten Merkmalsbereiche innerhalb der Dimension 'Sozioökonomische Situation' (getrennt nach den Indikatoren Beruf und Wohnungssituation) gegeben werden. Dann soll eine Gegenüberstellung dieser Merkmalsauswahl mit dem Merkmalsbestand des Ausgangsdokumentationssystems die vorgeschlagenen Veränderungen aufzeigen. Diese Veränderungsvorschläge sollen sodann noch diskutiert werden. Die Belegbögen des Ausgangsdokumentationssystems, auf welches im folgenden Bezug genommen wird, finden sich im Anhang.

#### 2.1.3. Kennzeichnung notwendiger Merkmalsbereiche

##### 2.1.3.1. Beruf

Die Kennzeichnung der sozioökonomischen Situation durch einzelne Indikatoren ist schwierig und umstritten. Dennoch muß eine solche Indikatorenauswahl stattfinden. Es wird vorgeschlagen dafür die Variablen 'Beruf', 'Einkommen' und 'Schulbildung' einzusetzen. Als zentrale Kategorie sollte dabei der 'Beruf' fungieren.

Unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede hinsichtlich der Berufsrolle dient die Kategorie 'Beruf des Partners' zur Einschätzung der sozialen Situation vorwiegend von berufslosen Frauen. Für Fragen in bezug auf die Statusmobilität zwischen den Generationen bedarf es der Kennzeichnung der sozioökonomischen Position der Eltern. Dies geschieht am einfachsten durch Reduktion auf die Kategorie 'Beruf des Vaters' (evtl. der Mutter, falls unehelich, Vater frühzeitig verstorben etc.). Zur

Erfassung von Statusveränderungen des untersuchten Individuums sollte festgehalten werden, ob der zuletzt ausgeübte Beruf dem Ausbildungsniveau entsprach.

Die 'Art der Berufstätigkeit' ist von entscheidender Bedeutung für das Ausmaß der Belastung und Entfremdung, den Grad an möglicher Identifizierung und Selbstverwirklichung, die 'Einstellung zum Beruf', zur Berufsaufgabe und nicht zuletzt die Gesundheit. Eine genauere Kennzeichnung nach Kategorien wie 'langjährige Schwerarbeit', 'langjährige Schichtarbeit', 'langjährige Nachtarbeit' u.a. wäre wünschenswert. Noch genauere Kennzeichnungen würden den Umfang des Dokumentationssystems sprengen. Die Einstellung zum Beruf gibt Aufschluß über das subjektive Erleben der Berufstätigkeit.

Das 'Einkommen' stellt die Rahmenbedingung für den jeweiligen 'Lebensstil' dar, dessen genaue Kennzeichnung außerhalb eines Sozialdokumentationssystems vorzunehmen wäre. Es erscheint allerdings von großer Wichtigkeit die 'Höhe des Einkommens' genauer zu erfassen, um einen Eindruck von den überhaupt zur Verfügung stehenden materiellen Möglichkeiten zu bekommen. Veränderungen in der wirtschaftlichen Situation stehen bei älteren Menschen im Zusammenhang mit Arbeitsplatzwechsel, Arbeitsplatzverlust und Pensionierung. Außer dem Zeitpunkt der Pensionierung interessiert besonders, ob sie vorzeitig (oder nicht) und ob sie freiwillig erfolgte.

#### 2.1.3.2. Wohnungssituation

Eine genaue Beschreibung der Wohnungssituation und der subjektiven Zufriedenheit mit dieser Situation erscheint sehr wichtig, da es sich hierbei nicht nur um einen Indikator für die sozio-ökonomische Situation eines Individuums handelt, sondern auch ein menschliches Grundbedürfnis berührt wird. Wegen der in vieler Hinsicht sehr unterschiedlichen Situation in Stadt und Land bedarf es dieser grundsätzlichen geographischen Bestimmung der Lage des Wohnsitzes und den daraus sich ergebenden Versorgungsmöglichkeiten. Die Art des Wohnsitzes, die genauen Wohnungsverhältnisse und die Art der Wohnform müssen ebenso festgehalten werden, wie die subjektive Einstellung der gesamten Wohnungssi-

tuation gegenüber und Wünsche nach etwaigen Veränderungen. Wegen der besonderen Aufmerksamkeit, welche Veränderungen der Wohnordnung erfahren haben, ist diese Dimension entsprechend zu berücksichtigen.

Keinen Eingang in ein Basissozialdokumentationssystem sollten die besonderen Verhältnisse der in Institutionen untergebrachten Menschen finden, da bekanntermaßen nur 4% der älteren Menschen sich überhaupt in einer Institution befinden. (43) Eine Untersuchung dieser besonderen Bedingungen ist natürlich von großer praktischer Bedeutung. Aber gerade deshalb sollte eine solche Untersuchung den sehr bescheidenen und wenig aussagenden Rahmen überschreiten, der im vorliegenden Dokumentationssystem gesetzt wurde.

2.1.4. Gegenüberstellung und Vergleich der Auswahl des Merkmalsbestandes des Ausgangsdokumentationssystems und der vorzuschlagenden Weiterentwicklung desselben. (s.a. S. 170-180)

#### 2.1.4.1. Sozioökonomische Situation

Es ergibt sich nun die Notwendigkeit, den Merkmalsbestand des vorliegenden Sozialdokumentationssystems einem Merkmalsbestand gegenüberzustellen, der sich aus den theoretischen Erwägungen und der praktischen Erprobung heraus ergeben hat. Ein solcher Vergleich soll zeigen, in welchen Merkmalsbereichen sich Veränderungen als notwendig erwiesen haben. Neueinführungs- und Veränderungsvorschläge sind dann zu diskutieren.

Alt

Neu

#### Subjektive Dimension:

1. Erleben des Alltags

-. - . - . - . - . -

2. Selbstbeurteilung: Berufliche Situation

Selbstbeurteilung: Berufliche Situation  
(verändert)

Alt

Neu

Objektive Dimension:

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Soziale Schichtung                              | Eigener Beruf (verändert)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Pensionierung: ja-nein                          | Pensionierung: ja-nein<br>(unverändert)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5. Pensionierung: frw.-unfrw.                      | Pensionierung: frw.-unfrw.<br>(unverändert)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6. Anzahl der Jahre ...                            | Anzahl der Jahre ...<br>(verändert)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 7. Einkommen und Vermögens-<br>verhältnisse        | Einkommen und Vermögens-<br>verhältnisse<br>(unverändert)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8. Veränderung der wirtschaft-<br>lichen Belastung | Zunahme der wirtschaftlichen<br>Belastung<br>(unverändert)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9. Beschäftigungsformen                            | -.--.-.-.-<br>Höhe des Einkommens (neu)<br>Beruf des Partners (neu)<br>Beruf des Vaters (neu)<br>Zuletzt ausgeübter Beruf (neu)<br>Art der Berufstätigkeit (neu)<br>Berufsausbildung<br>(Anamnesebogen/Basisdokumentation<br>- verändert)<br>Schulbildung<br>(Anamnesebogen/Basisdokumentation<br>- verändert)<br>Pensionierung: vorzeitig (neu) |

Die Gegenüberstellung zeigt, daß das vorliegende Sozialdokumen-  
tationssystem insgesamt 9 Rubriken (unter Ausschluß des Anamnese-  
bogens) mit Bezug auf die sozioökonomische Situation enthält.  
Die 9 Rubriken sind auf drei Dokumentationsbögen verteilt.

Demgegenüber ergeben sich aus den Veränderungswünschen insgesamt 15 Merkmalsbereiche, die möglichst auf nur einem Dokumentationsbeleg zusammengefaßt werden sollten, um eine bessere Übersicht und Praktikabilität zu gewährleisten.

Vier Merkmalsbereiche können unverändert aus dem alten Dokumentationssystem übernommen werden (Nr. 4,5,7,8). Fünf Merkmalsbereiche bedürfen mehr oder weniger der Veränderung (Nr. 2,3,6, sowie 'Berufsausbildung' und 'Schulbildung'). Darunter sind zwei Merkmalsbereiche, die im alten Dokumentationssystem auf dem Anamnesebogen der Basisdokumentation dokumentiert werden. Zwei Bereiche, nämlich 'Beschäftigungsformen' und 'Erleben des Alltags' finden im Neuvorschlag an dieser Stelle keine Berücksichtigung, obwohl sie inhaltlich in ihrer Abhängigkeit von der sozioökonomischen Situation eines Individuums diskutiert worden sind. (Nähere Erläuterungen folgen S. 99 unten)

Die Items 'Alter' und 'Geschlecht', die selbstverständlich auch für die sozioökonomische Situation eines Individuums von Bedeutung sind, finden sich im Kopfteil eines jeden Dokumentationsbogens. Eine Veränderung oder Ergänzung ist nicht nötig.

#### 2.1.4.2. Diskussion der Veränderungsvorschläge

Die subjektive Dimension der sozioökonomischen Situation findet Berücksichtigung in den Bereichen 'Zufriedenheit mit der materiellen Situation' und 'Selbstbeurteilung: Berufliche Situation'. Die Berücksichtigung der subjektiven Dimension hat sich einmal aus theoretischen Überlegungen heraus als notwendig erwiesen. Sodann zeigte es sich, daß die Zufriedenheit mit den materiellen Mitteln und mit der früheren oder noch ausgeübten beruflichen Tätigkeit entscheidende Bedeutung für den individuellen Anpassungsprozeß an die Pensionierung besitzt. Als intervenierende Variable zwischen soziologischen Gegebenheiten und individuellem gesundheitlichen Befinden bedürfen sie daher zwingend der Berücksichtigung.

Die ebenfalls der subjektiven Dimension zugehörige Rubrik 'Erleben des Alltags' des erprobten Sozialdokumentationssystems wird nicht hier, sondern in den Bereich 'Sozialbeziehungen' eingegliedert. Dies erscheint berechtigt, weil es Überschneidungen zwischen

einzelnen Teilbereichen des Daseins gibt und diese Rubrik ebenso gut den Bereich 'Sozialbeziehungen' wie den Bereich 'Sozioökonomische Situation' tangiert. Aus praktischen Gründen und Gründen der formalen Gestaltung des Dokumentationssystems wurde diese Zuteilung vorgenommen.

Aus dem gleichen Grunde findet die der objektiven Dimension zugehörige Rubrik 'Beschäftigungsformen' nicht hier, sondern im Bereich 'Sozialbeziehungen' Berücksichtigung.

Alle anderen Merkmalsbereiche der objektiven Dimension des sozioökonomischen Status stehen in Zusammenhang mit den zentralen Kategorien 'Beruf', 'Einkommen' und 'Schulbildung'. Der Bereich 'Schulbildung' bedarf der Einführung ins System und nicht allein der Berücksichtigung auf dem Anamnesebogen der Basisdokumentation. Die Überleitung zwischen Schulbildung und Beruf ist gegeben durch die Rubrik 'Berufsausbildung', die ebenfalls in das Sozialdokumentationssystem hineingehört. Gegenüber der im Anamnesebogen der Basisdokumentation vorgenommenen Operationalisierung ergeben sich jedoch aus der praktischen Erprobung und allgemeinen Überlegungen heraus Veränderungswünsche. So gehören die Items 'Fachschule' und 'Hochschule' hier herein, da sie eine direkte Berufsvorbereitung darstellen.

Der Bereich 'Beruf' (früher soziale Schichtung) bedarf nur geringfügiger Veränderung: die Möglichkeit zur Dokumentation des Ruhestandes muß eingeführt werden. Die Einführung des Merkmalsbereiches 'Beruf des Partners' erweist sich wegen der erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Berufes als notwendig. Der sozioökonomische Status einer Frau, die selbst nie berufstätig war, ergibt sich direkt oder indirekt aus dem sozioökonomischen Status des Mannes, als dessen zentrale Kategorie eben der Beruf anzusehen ist.

Für Fragen der generationsbezogenen Statusmobilität bedarf der Bereich 'Beruf des Vaters' (bzw. der Mutter oder der evtl. allein maßgebenden Erziehungsperson, hier ist auch Pflegevater, Pflegemutter etc. ersatzweise zu gebrauchen) der Einbeziehung ins System. Individual bezogene Statusmobilität soll mit dem Bereich 'Zuletzt ausgeübter Beruf' geprüft werden, wobei festzuhalten ist, ob dieser auf dem Ausbildungsniveau liegt oder nicht.

In der theoretischen Diskussion stellte sich heraus, daß die 'Art der Berufstätigkeit' für den Gesundheitszustand eines Menschen von ganz wesentlicher Bedeutung ist. In der Operationalisierung, die im Rahmen eines solchen Dokumentationssystems natürlich nur recht pauschal sein kann, sollten deshalb z. B. spezielle Belastungsmomente für den älteren Menschen besondere Berücksichtigung finden, wie Arbeiten unter hohem Zeitdruck (Fließband) usw..

Die 'Pensionierung' ist ein einschneidendes und das gewohnte Leben stark veränderndes Ereignis und damit eine besondere Krisensituation. Die Einstellung zur Pensionierung (freiwillig - unfreiwillig) ist von wesentlicher Bedeutung für die spätere Anpassung an die Pensionierung und gibt ebenso wie eine 'vorzeitige Pensionierung' Hinweise auf die subjektive berufliche Belastung und das gesundheitliche Befinden der Betroffenen. Die gesonderte Dokumentation der vorzeitigen Pensionierung ist deshalb notwendig, weil sich gerade in gerontopsychiatrischen Populationen einzelne zwar noch an das Faktum der vorzeitigen Pensionierung erinnern können, nicht aber daran, wieviele Jahre sie schon pensioniert sind.

Die Erfassung der Einkommensverhältnisse als Rahmenbedingung für Lebensstil, Lebensmöglichkeiten, Aktivitäten und Anpassungsprozeß ist in differenzierter Form vorzunehmen und muß über die Kennzeichnung der Art des Einkommens hinausgehen. Die Höhe des Einkommens ist eigentlich viel ausschlaggebender, wobei bei der Operationalisierung eine untere Grenze (Vorschlag = 200,- DM) und obere Grenze (Vorschlag = 1000,- DM) festzulegen sind. Außerdem wäre eine Beziehung zum jeweils geltenden Sozialsatz (nach BSHG, z.Zt. ca. 430,- DM) angebracht. Bei der Operationalisierung ist vor allem auch zu beachten, daß gerade die unteren Einkommensbereiche möglichst differenziert erfaßt werden, da es hier meist zu einer Akkumulation verschiedener Belastungsmomente kommt. Operationalisierungsschwierigkeiten ergeben sich allerdings durch die notwendige Berücksichtigung internationaler Unterschiede. Legt man Wert auf eine möglichst genaue Erfassung des Einkommens, dann wird man bei der Erfassung dieser Daten wohl im nationalen Bereich verbleiben und die Belegbögen in dieser Rubrik unterschiedlich gestalten müssen. Im Auswertungsverfahren läßt sich dann eine annähernde Vergleichbarkeit der international

unterschiedlich erhobenen Daten wieder herstellen.

#### 2.1.4.3. Wohnungssituation

Die Wohnsituation hat für das menschliche Dasein, insbesondere aber für das Dasein des alten Menschen, eine Bedeutung, die weit über die eines Indikators für die sozioökonomische Situation hinausgeht. Die besondere Berücksichtigung dieses wichtigen Bereiches in einem Sozialdokumentationssystem ist daher notwendig.

#### Alt

#### Neu

#### Subjektive Dimension

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Wohnungswechsel                    | Wohnungswechsel<br>(unverändert)    |
| 2. Faktoren, welche ...               | Faktoren, welche ...<br>(verändert) |
| 3. Bevorzugte Wohnform                | Bevorzugte Wohnform<br>(verändert)  |
| 4. Falls in Institutionen lebend ...  | - . - . - . - . -                   |
| 5. Wunsch, Institutionen zu verlassen | - . - . - . - . -                   |

#### Objektive Dimension

- |                                                  |                                                                                           |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Wohnformen                                    | Wohnformen<br>(unverändert)                                                               |
| 7. Jetziger Wohnsitz                             | Jetziger Wohnsitz<br>(verändert)                                                          |
| 8. Lage und Versorgung:<br>Jetziger Wohnsitz     | Lage und Versorgung ...<br>(verändert)                                                    |
| 9. Veränderungen: Wohnsituation                  | Veränderungen: Wohnsituation<br>(verändert)                                               |
| 10. Beschaffenheit u. Einrichtung d. Institution | - . - . - . - . -<br><br>Familienstand<br>(unverändert)<br><br>Wohnungsverhältnisse (neu) |

Die Gegenüberstellung zeigt, daß das praktisch erprobte und hier zur Diskussion stehende Sozialdokumentationssystem insgesamt 10 Rubriken (unter Ausschluß des Anamnesebogens) mit Bezug auf die Wohnsituation enthält. Die Rubriken sind auf einem Bogen zusammengefaßt. Demgegenüber ergeben sich aus den Veränderungswünschen insgesamt 9 Merkmalsbereiche.

Es wird vorgeschlagen, einige Merkmalsbereiche aus dem Sozialdokumentationssystem herauszunehmen, und zwar die Bereiche, die sich auf in Institutionen lebende Personen beziehen. ('Falls in Institutionen lebend', 'Beschaffenheit und Einrichtung', 'Wunsch, Institution zu verlassen')

Drei Merkmalsbereiche konnten unverändert übernommen werden (Nr. 1 und 6 und 'Familienstand'); fünf Merkmalsbereiche werden für mehr oder weniger veränderungsbedürftig gehalten (Nr. 2, 3, 7, 8, 9) und ein Merkmalsbereich wird vorgeschlagen, neu einzuführen ('Wohnungsverhältnisse').

Die Items 'Alter' und 'Geschlecht' sind selbstverständlich auch für die Wohnsituation eines Individuums von Bedeutung.

#### 2.1.4.4. Diskussion der Veränderungsvorschläge

Die subjektive Dimension der Wohnsituation findet Ausdruck in den Merkmalsbereichen 'Bevorzugte Wohnform', 'Faktoren, welche ...' und 'Wohnungswechsel'. Diese Merkmalsbereiche bedürfen keiner oder nur geringer Veränderung. Die Veränderung betrifft nur die Einfügung jeweils eines Items in den Merkmalsbereichen 'Bevorzugte Wohnform' und 'Faktoren, welche ...'. Im ersteren sollte das Item 'Altersheim u.ä.' eingeführt werden, da eine solche institutionelle Entscheidungsalternative bisher nicht berücksichtigt wurde. Bei den für eine Ortsveränderung ausschlaggebenden Gründen muß das Item 'Beruf, bzw. Berufsaufgabe' eingefügt werden, da dies wohl ein wesentlicher Grund für eine Wohnungsveränderung im Alter ist.

Die Weglassung der drei Merkmalsbereiche ('Falls in Institutionen lebend' etc.) wurde bereits auf S. 97 begründet.

Die übrigen Merkmalsbereiche betreffen die objektive Dimension der Wohnsituation. Die Art des 'Wohnsitzes' und der 'Wohnform' sind unentbehrliche Informationen. Wegen der erheblichen regionalen Unterschiede und der großen Bedeutung, die diese Unterschiede für die Versorgung und Bedürfnisbefriedigung des einzelnen

haben, ist eine möglichst genaue Kennzeichnung der Wohnsitzlage und der sich daraus ergebenden Versorgungsmöglichkeiten notwendig. Die im Anamnesebogen getroffene Einteilung in Stadtgebiet unterschiedlicher Größenordnung und Landgebiet sollte in die Rubrik 'Lage und Versorgung: Jetziger Wohnsitz' eingeführt werden. Die Veränderungen der Wohnsituation wurden als Krisensituation für bestimmte Personen beschrieben und sie bedürfen wegen der ihnen zugeschriebenen pathogenetischen Bedeutung der Berücksichtigung. Dabei ist allerdings aus praktischen Gründen eine Beschränkung notwendig auf Veränderungen innerhalb der letzten 5 Jahre. Bei den für diese Veränderungen maßgebenden Gründen ist wiederum das Item 'Beruf/bzw. Berufsaufgabe' einzufügen, da es sich wohl mit um die wichtigsten Gründe handelt. 'Bevorstehender Wohnungswechsel' hat sich in einzelnen Krankheitsfällen als wirksamer Auslösefaktor finden lassen und sollte eingefügt werden.

Die Bedeutung der Wohnbedingungen für die Entwicklung psychischer Dekompensation im Alter ist bisher ungenügend berücksichtigt und erforscht worden. Umso notwendiger scheint die Einbeziehung dieser Kategorie in das Dokumentationssystem. Neben der globalen Unterscheidung in Altbau- oder Neubauwohnung (vor oder nach 1945 gebaut), ist besonders die sanitäre Situation und die Heizungssituation zu kennzeichnen, da sich hier die unterschiedlichsten Belastungsmomente ergeben.

Der 'Familienstand' tangiert die verschiedenen zu erfassenden Lebensbereiche in gleicher Weise. Seine Einfügung in das Dokumentationssystem an dieser Stelle ist also nicht von inhaltlichen Erwägungen bestimmt, sondern geschieht mehr aus formalen und praktischen Gründen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß im hier zur Diskussion stehenden Sozialdokumentationssystem der Bereich 'Wohnungssituation' weitgehend berücksichtigt worden ist und daß nur geringfügige Veränderungen und Einfügungen wünschenswert wären.

## 2.2. Sozialbeziehungen

### 2.2.1. Vorbemerkungen zur Kennzeichnung der sozialen Teilhabe älterer Menschen

Die Sozialisation des Menschen vollzieht sich in Primär- und Sekundärgruppen unter vorgegebenen sozioökonomischen Rahmenbedingungen. Diese Bedingungen bestimmen als 'Primärfaktoren' (90,92) sehr weitgehend z.B. Sprache, Wertvorstellungen, Normenbildung sowie Art und Ausmaß des Sozialverhaltens. (18, 79) In diesem Sinne können die Sozialbeziehungen eines Menschen als eine Funktion seiner sozioökonomischen Ausgangssituation betrachtet werden. Dabei darf selbstverständlich nicht übersehen werden, daß die sozioökonomische Situation immer nur eine sehr grobe Kategorisierung ist, in deren Rahmen feinere Mechanismen der verschiedensten Art Einfluß auf die gesundheitliche Entwicklung eines Menschen nehmen.

Seit der sozialökologischen Studie von FARIS und DUNHAM (8, 18, 49, 90) ist der Verknüpfung von psychiatrischen Störungen und sozioökonomischen Faktoren große Aufmerksamkeit gewidmet worden. Gleichzeitig hat diese Studie aber auch die Aufmerksamkeit auf die Verbindung von sozioökonomischer Situation und 'Sozialer Isolierung' gelenkt. Die Autoren nahmen an, daß es Wohngegenden gibt, die bei sehr niedrigem sozialen Status ihrer Bewohner einen besonders hohen Grad an Desorganisiertheit und damit auch Isolierung für die Bewohner aufweisen und daß dadurch der Ausbruch psychischer Erkrankungen gefördert würde. Belegt wurde diese These durch die hohen Häufigkeitsraten für Schizophrenie in derartigen Stadtgebieten. (49)

Die soziale Situation alter Menschen in unserer Gesellschaft wird nun häufig gekennzeichnet durch einen Zustand ausgeprägter Isolation verbunden mit Rollen- und Funktionslosigkeit. (110, 112) TARTLER beschrieb diese mit der Industrialisierung verknüpfte Entwicklung als Personenverlust, Funktionsverlust und Autonomieverlust der alten Menschen. Die Ausgliederung aus dem Familienverband und die räumliche Trennung von den Kindern (Personenverlust) ist danach verbunden mit einem Verlust von Funktionen in der Familie. Gleichzeitig sei mit der Pensionierung eine

Funktionslosigkeit im gesellschaftlichen Produktionsprozeß gegeben, damit ein weiterer Funktions- aber auch Autonomieverlust. Zu einer Kompensation dieser Verluste komme es nicht. (zit. nach 200)

Angesichts dieser von allgemeinen Verlusten gekennzeichneten sozialen Situation der alten Menschen liegt es nahe, diese Situation durch Begriffe wie 'Isolation' und 'Vereinsamung' in globaler Weise wiederzugeben und zu behaupten, die alten Menschen seien durchweg in einer gesellschaftlichen Außenseiterposition.

Ausgehend von der Aktivitäts-Theorie wird weiter postuliert, daß die Aufrechterhaltung von Kontakten notwendig sei, wenn normgerechtes Verhalten gewährleistet sein solle. Verhaltensabweichungen im Alter wären als Normabweichung anzusehen, welche ihrerseits durch die 'Isolation' hervorgerufen werde. TEWS schreibt dazu: "Isolation führt leicht über fehlende Kontrolle zur 'Normenlosigkeit' und damit auch tendenziell zu abweichendem Verhalten. Bis zur Behauptung eines Zusammenhangs zwischen Isolation und Geisteskrankheit ist kein weiter Weg. Die Entstehung von Selbstmord durch Isolation (z.B. DURKHEIM \*<sup>1</sup>), die größere Neigung zum Selbstmord bei Verlust zentraler Bezugspersonen (Ehepartner) wurden hierdurch erklärt." (200, S.300) Die Hypothese lautet also: Soziale Isolation ist eine Bedingung für das Entstehen psychischer Störungen gerade auch im höheren Lebensalter.

Die Bedeutung, die der 'sozialen Isolation' für die Entwicklung psychischer Störungen im höheren Lebensalter zukommt, wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt. CLAUSEN und KOHN (zit. nach 18) lehnen die Isolationshypothese in ihrer einfachen Form ab. Sie weisen darauf hin, daß soziale Isolation in ihrer Wirkung auf unterschiedliche Persönlichkeitstypen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen gesehen werden muß, daß es weiter gilt die Zeitdauer und eventuelle kompensatorische Bedingungen, die ihr entgegenwirken, zu berücksichtigen. Sie stellen weiter die Frage, ob soziale Isolation nicht eher Symptom, Folge denn Ursache einer psychischen Störung ist.

LOWENTHAL (119) stellte differenzierte Betrachtungen im Hinblick

---

\*1 DURKHEIM, E.: Le Suicide, Paris 1897

auf psychische Störungen des höheren Lebensalters an und unterschied zwischen Menschen, bei denen Isolation ein Lebensstil war und nicht erst im Alter zutage trat und denen, die erst im späteren Leben isoliert wurden und wo die Isolation und Vereinsamung Ursache oder auch Folge einer aufgetretenen psychischen oder physischen Erkrankung sein könnte. Dazwischen sah sie eine Gruppe von lebenslang am Rande der Isolation lebenden, die beim Verlust ihrer geringen sozialen Kontakte durch Tod oder Krankheit psychisch dekomensieren könnten.

Die insgesamt kontroverse Einstellung der verschiedenen Autoren zur 'Isolationshypothese' läßt eine endgültige Beurteilung bis heute nicht möglich erscheinen, macht aber bereits die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung und Untersuchung deutlich. Aber gerade dadurch, daß dieser theoretische Ansatz in der Diskussion ist, wird seine Einbeziehung in ein gerontopsychiatrisches Sozialdokumentationssystem auch gerechtfertigt. GRUENBERG empfahl aus ganz pragmatischen Gründen diese - und andere Hypothesen der sozialen Verursachung psychischer Störungen - 'als dominante Arbeitshypothese in die weitere Forschung eingehen zu lassen', da sie seiner Meinung nach die Analyse weiterer sozialer Bedingungsfaktoren fördert und verhindert, 'daß die Kontroverse zwischen biogenetischem und soziogenetischem Erklärungsmodell vorschnell zugunsten des ersteren entschieden wird.' (zit. nach 81)

Diese möglichen Zusammenhänge machen es notwendig, anhand eines Überblickes über die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse noch genauer aufzuzeigen, welche Bedeutung 'Isolation' und 'Vereinsamung' ganz allgemein in der Lebenssituation alter Menschen haben, welche Variablen mit diesen Begriffen verbunden sind, welche Zusammenhänge zwischen diesen und gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern bestehen und von daher zu einer Auswahl des Merkmalsbestandes eines Sozialdokumentationssystems zu kommen.

## 2.2.2. Isolation

### 2.2.2.1. Begriffsbestimmung

Bei der Messung von 'Isolation' ergeben sich Schwierigkeiten,

die sich ableiten lassen aus dem Fehlen einer allgemein akzeptablen Begriffsdefinition und Operationalisierung des Begriffes. Zu berücksichtigen in einem Konzept der 'Isolation' ist nämlich nicht nur, wie in den meisten Studien geschehen, das quantitative Ausmaß von sozialen Kontakten, sondern auch der qualitative Aspekt dieser Kontakte, d.h. ihre Intensität und subjektive Bedeutung für den Untersuchten. (179)

Die Untersuchungen, die sich auf die Messung des Ausmaßes an sozialen Kontakten stützen, beinhalten also eine Einengung des Begriffes. Sie geben nur einen Aspekt der 'sozialen Isolation' wieder. Die Bevorzugung dieses Aspektes ergibt sich wohl aus der leichten Quantifizierbarkeit und damit Meßbarkeit, hat somit methodologische Gründe. Der sich hieraus ergebenden Begriffseinschränkung muß man sich aber bewußt bleiben. 'Isolation' ist in den meisten der im folgenden zitierten Untersuchungen definitionsgemäß also dann gegeben, wenn ein bestimmtes Ausmaß an sozialen Kontakten nicht erreicht wird.

#### 2.2.2.2. Soziologische Variable

Die Ergebnisse der in der Bundesrepublik vorgenommenen Volkszählungen von 1950 und 1961 bestätigen von der Haushaltsstruktur her die von TARTLER als 'zunehmende räumliche Isolierung des Alters' herausgestellte Tendenz. 1950 lebten erst 43% aller über 65 jährigen entweder allein oder nur mit dem Ehepartner zusammen. 1961 waren es bereits fast 57%, die nicht mit ihren Kindern zusammenlebten, einschließlich der Ledigen und kinderlos Verheirateten. Andererseits ist der Anteil derjenigen, die mit ihren Kindern zusammenleben nicht so klein, wenn man den von ROSENMAYR (164) zitierten Untersuchungen folgt, als daß sich daraus die These einer generellen sozialen Isolierung älterer Menschen ableiten ließe. Allerdings sind hier regionale Unterschiede zu berücksichtigen, Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten. ROSENMAYR (164) berichtet von österreichischen Untersuchungen, nach denen in Wien 42% der über 65 jährigen allein wohnten, in bäuerlichen Verhältnissen dagegen nur 7%. Die mit der weiteren Industrialisierung zunehmende Verstädterung dürfte auch den von TARTLER aufgezeigten Trend verstärken.

Wie einer großen internationalen Vergleichsstudie (185) zu entnehmen ist, wohnen in Dänemark, Großbritannien und den USA etwa ein Viertel der alten Menschen allein. Dabei ergeben sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in dem Sinne, daß mehr Frauen als Männer allein leben. In Berlin lebten nach den Ergebnissen der 1% Mikrozensus-Untersuchung von 1965 39% der über 65 jährigen allein. Von den Männern lebten jedoch nur 14% allein, während der Anteil der alleinstehenden Frauen 50% betrug. (190) Nach LINGESLEBEN wohnen ganz allgemein in der Stadt nur 12% der Männer, aber 49% der Frauen allein, während auf dem Lande 6% der Männer und 23% der Frauen allein leben. (117)

Diese geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Gegebenheiten sind im Zusammenhang mit dem Personenstand zu sehen. Die, die allein leben, sind entweder ledig, verwitwet, geschieden oder getrennt. Hiervon leben die Ledigen seltener allein. Der geschlechtsspezifische Unterschied kommt dadurch zustande, daß die Frauen durchschnittlich älter werden als die Männer, ein größerer Teil von ihnen verwitwet ist und keine Verwandten mehr hat. Die Wahrscheinlichkeit für Verwitwete allein zu leben, ist für diejenigen am größten, die keine Kinder und auch keine Verwandten haben.

Geht man von der Wahrscheinlichkeit aus, mit der ein Individuum im Alter isoliert lebt, so gewinnt die Gruppe der Alleinlebenden besondere Bedeutung. Wie sieht es nun aber wirklich mit der sozialen Isolation dieser Gruppe aus?

Die internationale Studie von SHANAS et al. (185) ergab, daß zwischen 85 - 89% der über 65 jährigen die Möglichkeit hat, ihre Kinder in einem Zeitraum von einer Stunde zu erreichen. Für Deutschland liegen hierzu nur Zahlen von LANGE (zit. nach 112) für einen ländlichen Kreis in Nordrhein-Westfalen - es sind hier 82% - und RENNER (160) vor. Diese fand, daß in 36% der Fälle die Kinder innerhalb einer Stunde erreichbar sind, daß jedoch in über zwei Drittel der Fälle (67,2%) die Kinder in überschaubarer Entfernung von den Eltern wohnten. Nur in 10% der Fälle war die Distanz größer als 100 km. Zwischen diesen Angaben für die Gesamtheit der über 65 jährigen und denen, wie sie der internationalen Vergleichsstudie für die Alleinwohnenden entnommen werden können, bestehen offenbar keine wesentlichen Unterschiede. Zwischen

80 - 90% der Alleinwohnenden können das am nächsten wohnende Kind innerhalb einer Stunde erreichen.

Die durch die geringen Entfernungen zwischen Eltern und Kindern gegebenen Möglichkeiten häufiger Kontaktaufnahme werden, wie alle bisher vorliegenden Untersuchungen ergeben, auch genutzt. Etwa zwei Drittel der über 65 jährigen Eltern haben fast täglich Kontakt mit ihren Kindern. Ähnliche Ergebnisse, nämlich zwischen 50 - 66% ergeben sich auch für die Gruppe der Alleinwohnenden. (212) Jedoch hatten immerhin 19% der Alleinlebenden in Dänemark und 24% in Großbritannien entweder keine Verwandten oder hatten sie seit wenigstens einer Woche nicht gesehen.

Aus diesen Zahlen kann entnommen werden, daß Alleinleben als 'erste Form von Isolation' (TEWS) nicht mit Kontaktlosigkeit gleichgesetzt werden kann. Es ist allerdings eine wesentliche Voraussetzung für 'Isolation'. Eine ähnlich hochsignifikante Korrelation wie zwischen Alleinleben und Isolation läßt sich verständlicherweise auch zwischen 'Familienstand' und 'Isolation' aufzeigen.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse zeigen, daß von einer generellen 'Isolierung' (im Sinne des eingeeengten Begriffsgebrauches) der alten Menschen nicht die Rede sein kann. (110, 200, 212) Nur eine kleine Minderheit lebt in extremer Isolierung. Weniger als 5% lebt nach den Ergebnissen der internationalen Vergleichsstudie allein, hatte zudem am Tage vor dem Interview und in der ganzen vergangenen Woche keinerlei menschlichen Kontakt. Eine größere Minorität jedoch lebt in einem Zustand der Halb-Isolation. Ein Viertel der alten Menschen lebt allein und gleichviele geben an, oft allein zu sein. Aus alldem geht die Bedeutung des familiären Interaktionsnetzes für die Alten hervor. Dazu TEWS: "Fehlt dieses Interaktionsnetz, so ist Isolation wahrscheinlich. Eine Substitution der familiären Kontakte erfolgt nur in Ausnahmen in größerem Ausmaß ... In den seltensten Fällen (ist Isolation von der Familie gegeben) wird der damit erreichte Kontaktverlust durch Kontakte mit Freunden, Nachbarn und auch Clubs aufgewogen." (200, S. 304)

Die Bedeutung der Familienbezüge ergibt sich aus dem allgemeinen Rollen- und Funktionsverlust der älteren Menschen in unserer Gesellschaft. Mit dem Ausscheiden aus dem Produktionsprozeß wird der ältere Mensch aus anderen individuell und gesellschaftlich wichtigen Bezügen entfernt und gleichsam auf die Familie verwiesen. Hierbei sind aber schichtspezifische Unterschiede von ganz wesentlicher Bedeutung. Für sozial niedere Schichten der Bevölkerung war die Familie als Solidargemeinschaft auch in früheren Lebensabschnitten weitaus bedeutsamer und auch wichtiger als für Angehöriger höherer sozialer Schichten. Erstere werden das familienzentrierte Leben auch nach dem Ausfall ihrer Rolle als Produzenten weiterführen, zumal ihnen auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Berufstätigkeit andere Möglichkeiten sinnvoller Beschäftigung und Selbstverwirklichung nicht ermöglicht wurden. Letzteren wird es auf Grund besserer Ausbildung und größerer wirtschaftlicher Unabhängigkeit eher möglich sein, in einem von der Familie unabhängigen Lebensstil fortzufahren und Kompensationen für unvermeidbare Rollen- und Funktionsverluste im außerfamiliären Bereich zu suchen. (47, 110, 112, 165, 200)

### 2.2.2.3. Familienbezüge

#### 2.2.2.3.1. 'Intimität auf Abstand'

Wegen ihrer besonderen Bedeutung sollen die Familienbezüge hier noch einmal intensiver besprochen werden.

Hat es sich gezeigt, daß mit zunehmender Industrialisierung auch eine zunehmende Tendenz zur räumlichen Trennung von Eltern und Kindern verbunden ist, so hat es sich auch gezeigt, daß die Menschen bestrebt sind, die familiären Kontakte aufrechtzuerhalten und nicht durch zu große räumliche Distanz zu erschweren. Die räumliche Trennung allein tut der familiären Bindung in den meisten Fällen also keinen Abbruch.

Aus diesen Feststellungen ergaben sich zur Kennzeichnung der Situation Kurzformeln wie 'Intimität auf Distanz' (ROSENMAYR) oder 'Innere Nähe durch äußere Distanz' (TARTLER). Es gibt allerdings Hinweise dafür, daß der von den älteren Menschen oft zum Ausdruck

gebrachte Wunsch nach eben dieser Distanz ein Reflex auf die von äußeren Verhältnissen erzwungenen Umstände ist. Man hat sich damit abzufinden, daß die Wohnverhältnisse der Kinder, ihre oft berufsnotwendige Mobilität etc. ein Zusammenleben nicht erlauben.

Belegt wird dies durch Untersuchungsergebnisse von KARSTEN und BAUER (86), die bei der Untersuchung älterer Landbewohner im Hinblick auf die Wohn- und Lebenswünsche deutlich andere Ergebnisse erzielten, als ROSENMAYR und KÖCKEIS bei der in Wien befragten Population. Nach der Untersuchung der erstgenannten Autoren vertrat ein knappes Drittel der Befragten (31%) die Ansicht, der gemeinsame Haushalt sei das Beste (gegenüber 12% der von ROSENMAYR Untersuchten). Über ein Drittel (36%) waren der Auffassung, getrennter Haushalt im gleichen Haus sei das Beste. (38% bei ROSENMAYR). Nur 32% hielten die häuslich getrennte Wohnung im gleichen Dorf oder bei noch weiterer Entfernung für das Beste. (48% bei ROSENMAYR)

KARSTEN und BAUER interpretieren ihre Ergebnisse in der Weise, "daß die Einstellungen und die Wünsche hinsichtlich des Zusammenwohnens mit den Kindern in direkter Weise von der Lebenssituation abhängen, indem die Wohnwünsche eine Anpassung an oder eine Rationalisierung der objektiven Gegebenheiten darstellen." (S.436) Weiter zeigte sich, daß Unzufriedenheit mit der finanziellen Lage, den Wohnverhältnissen und der körperlichen Gesundheit meistens einherging mit dem Wunsch nach Trennung von den Kindern. "Dieses Ergebnis läßt sich am plausibelsten dadurch erklären, daß die Alten es vermeiden möchten, den Kindern irgendwie zur Last zu fallen. Der Wunsch nach Trennung von den Kindern wäre demnach als Reaktion auf tatsächliche oder potentielle Konflikte (mit virtueller Unfreiheit und Abhängigkeit) aufzufassen." (S.437)

Ähnliche Zusammenhänge gehen auch aus der Tatsache hervor, daß sich bei unpersönlicher Fragestellung wesentlich mehr der Älteren für eine Wohngemeinschaft mit den Kindern aussprachen, als dies bei direkter Befragung der persönlichen Wünsche der Fall war. Im allgemeinen Konzept können die persönlichen Wünsche leichter zum Ausdruck gebracht werden, während sich bei direkter Erfragung des persönlichen Wunsches gesellschaftlich vermeintlich

wünschenswertes verbindet mit psychodynamischen Momenten. (110)

Aus den Untersuchungen von ROSEN MAYR (164) wird auch deutlich, daß die Formel 'Intimität auf Abstand' vorwiegend für noch verheiratete alte Menschen gilt, während 'alte Menschen ohne Ehepartner sowohl häufiger mit den Kindern wohnen als auch diese Wohnform weit eher wünschen.' (S.333) Alleinstehende Ältere haben "ein erhöhtes Bedürfnis nach engeren Beziehungen zu anderen Personen, das entweder durch die Neubildung einer Haushaltsgemeinschaft oder durch verstärkte Kontakte mit Angehörigen oder Nachbarn realisiert wird." (165, S.136) Und dort, "wo rege Beziehungen zu den Kindern fehlen, stellen sich solche zu anderen Verwandten oder zu Bekannten ein," eine Feststellung, die von ROSEN MAYR und KÖCKEIS als 'Binnenausgleich' charakterisiert wird.

Die Untersuchungen derselben Autoren ergaben ferner in Anlehnung an Ergebnisse von FRIEDEBURG und WELTZ, daß die Entscheidung für oder gegen den gemeinsamen Haushalt unabhängig ist von der 'Einstellung zur Familie'. Sowohl Verheiratete mit positiver als auch solche mit negativer Einstellung der Familie gegenüber bevorzugten das Zusammenleben nur mit dem Ehepartner, getrennt von den Kindern.

Man kann also sagen, daß eine gesellschaftliche Veränderung der Lebensbedingungen zu einer Änderung in der subjektiven Einstellung diesen Bedingungen gegenüber führt. Jedoch besteht zwischen den äußeren Gegebenheiten und der subjektiven Einstellung kein einfaches Abhängigkeitsverhältnis, sondern eine dialektische Verbundenheit. Die veränderte subjektive Einstellung führt ihrerseits zu Änderungen im äußeren Arrangement. Dabei sind wiederum schicht- geschlechts- und persönlichkeitsbedingte Unterschiede zu berücksichtigen.

#### 2.2.2.3.2. Intensität der Eltern - Kind Beziehung

Die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern sind relativ unabhängig von der räumlichen Distanz. Diese verhindert rege Kontakte untereinander nur, wenn sie zu groß wird. Wovon aber ist die Intensität der Beziehungen zwischen Eltern und Kindern abhängig?

Wie verschiedene Untersuchungen (110, 112, 113, 160, 209) ergaben, ist die Intensität der Interaktion zwischen Eltern und Kindern abhängig

a. von der Partnerbeziehung

und zwar in dem Sinne, daß "besonders von älteren Frauen bei gestörter Partnerschaftsbeziehung das Kind als einziger und letzter Lebensinhalt gesehen (wird), bei harmonischer Partnerbeziehung eine größere Distanz zum Kind gewünscht (wird). Bei den männlichen Probanden sind gegenläufige Tendenzen festzustellen." (110, S.237)

Als Indikator für die Stärke der Partnerbeziehung dürfen nach BUSSE und EISDORFER die sexuelle Aktivität der Partner ('glückliche' Partner hatten signifikant häufiger sexuelle Beziehungen) und nach KERCKHOFF die Anzahl gemeinsamer Unternehmungen gelten. (zit. nach 110)

b. vom Ausmaß sonstiger sozialer Aktivität

und zwar in dem Sinne, daß "die Gruppe jener, die einen regen Sozialkontakt zu Freunden, Bekannten und früheren Kollegen pflegten, weniger häufig Kontakte zu Familienmitgliedern unterhalten, ohne daß der Wunsch nach Intensivierung laut wurde." (112, S.399)

c. vom Sozialverhalten während des ganzen Lebens

in dem Sinne, daß "der Wunsch nach familiären Kontakten und die Klage bezüglich fehlender Familienkontakte besonders bei jenen Personen laut wird, bei denen die sozialen Kontakte während des ganzen Lebens allein auf die Familie zentriert waren." (110, S.242)

d. vom sozioökonomischen Status

wobei sich ein Zusammenhang zwischen stärkerem Familienzusammenhalt und niederem sozialen Status sowie stärkeren außerfamiliären Kontakten und höherem Status herstellen ließ.

e. von der Wohngegend (Stadt - Land) (s.S. 112)

f. vom gesundheitlichen Wohlbefinden

in dem Sinne, daß die familiären Kontakte mit schlechterem gesundheitlichen Befinden an Bedeutung gewonnen und auch daß die Zufriedenheit mit dem Ausmaß der familiären Kontakte sich abhängig vom Gesundheitszustand zeigte.

### 2.2.3. Vereinsamung

#### 2.2.3.1. Soziologische Variable

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, daß Isolation und Einsamkeit keineswegs koinzidieren. Einsamkeit ist ein Gefühl, daß nicht anders festzustellen ist als durch individuelle Befragung, wobei natürlich keine Gewißheit darüber besteht, daß man auch eine richtige Auskunft erhält.

Einsamkeit als individuelles und subjektives Erleben ist unabhängig von der Häufigkeit der sozialen Kontakte. Objektiv häufige Kontakte können einhergehen mit dem subjektiven Erleben von Einsamkeit, und seltene soziale Kontakte brauchen keineswegs mit dem Gefühl der Vereinsamung verbunden zu sein. (88, 110, 112, 118, 131, 166, 212)

Wie die Untersuchungen von TOWNSEND und TUNSTALL (212) sowie MUNNICHES (131) ergaben, ist die Zahl der alten Menschen, die sich häufig einsam fühlen, insgesamt gering. Es sind nicht mehr als 10%. Dagegen ist jedoch gelegentliches Einsamkeitsgefühl weit verbreitet. Welche soziologischen Variablen sind nun mit dem Gefühl der Vereinsamung verbunden?

Zunächst ist festzustellen, daß die Alleinlebenden die höchsten Anteile an Vereinsamen haben. Wie bereits dargestellt wurde, leben mehr Frauen als Männer allein, was in Zusammenhang mit dem höheren Alter der Frauen und dem größeren Anteil an Verwitweten unter ihnen steht. Die Verwitweten haben den höchsten Anteil an den Einsamen. Ein weiterer Faktor ist Kinderlosigkeit. In Großstädten finden sich am meisten Alleinlebende. So ergibt sich eine Verbindung zwischen Einsamkeit einerseits und Verwitwung, Kinderlosigkeit, über 75 Jahre alt und in einer Großstadt lebend andererseits.

Folgt man den Untersuchungen der internationalen Vergleichsstudie von SHANAS et al. (185), so geben von den Alleinlebenden jedoch bis zu zwei Drittel an, nie oder selten sich allein zu fühlen.

Ein wesentlicher Zusammenhang scheint zwischen Vereinsamung und dem zu bestehen, was TOWNSEND und TUNSTALL (212) als 'Desolation'

bezeichneten. Dabei kommt 'Verlustereignissen' besondere Bedeutung zu. So zeigten sich kürzlich Verwitwete wesentlich vereinsamer als solche, die schon einige Jahre verwitwet waren. Nicht nur der Verlust des Ehegatten, sondern auch anderer Personen wie Kinder, Geschwister, Freunde und anderer Verwandte kann sich ähnlich auswirken. Die Reaktion auf einen derartigen Verlust ist entscheidend abhängig davon, welche Bedeutung die verlorengegangene Person für den Untersuchten hatte. Je stärker bei Verheirateten z.B. die Partnerbindung war, desto eher wird von seiten des Verwitweten mit Vereinsamung reagiert. Je stärker also das Ausmaß an Bindung an die verlorene Person und je kürzer der Verlust zurückliegt, desto eher ist Vereinsamung die Folge.

Als weitere gewichtige Variable erwies sich der Gesundheitszustand. Vereinsamte haben einen objektiv wie auch subjektiv schlechteren Gesundheitszustand, sie sind häufiger bettlägerig und gehen häufiger zum Arzt. Hier dürfte sich besonders die mit einem schlechteren Gesundheitszustand verbundene Einschränkung der Mobilität, damit Verringerung der sozialen Kontaktmöglichkeiten und Ausweitung der Isolation auswirken.

Schichtspezifische Variable wirken sich nach den Untersuchungen von BLUME (20) und TEWS (200) ebenfalls auf die Vereinsamung aus. BLUME fand unter den Volksschülern viermal so viel Einsame wie unter Akademikern. Alleinstehende Frauen leiden - nach BLUME - besonders dann unter Vereinsamung, wenn sie geringe Einkünfte haben. Je geringer also die Schicht, desto geringer der Kontakt sowie Aktivitäts- und Kompensationsmöglichkeiten für Personen-, Rollen- und Funktionsverluste. (47) Auch dieser Weg zur Vereinsamung führt somit über die Isolation, die sich damit zwar nicht als identisch mit Vereinsamung erwiesen hat, die jedoch einen wichtigen Faktor in dieser Hinsicht darstellt. (131, 200)

Faßt man diese soziologischen Variablen zusammen, dann ergeben sich nach TEWS hauptsächlich drei für die Entstehung von Vereinsamung wesentliche Bereiche: 1. Desolation 2. Gesundheitszustand 3. Isolation.

### 2.2.3.2. Psychologische Variable

Der Tatsache entsprechend, daß Einsamkeit ein subjektives Gefühl ist, stellt LEHR (110) mehr die psychologischen Momente in den Vordergrund und sieht Einsamkeitsgefühle eher als eine 'Funktion der Erwartungen' hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehungen und hinsichtlich anderer Sozialkontakte als eine Funktion der tatsächlichen Kontakte' an. (S. 245) Sie verweist auf GOLDFARB und sieht mit diesem die Einsamkeit auch als eine Funktion der Langeweile an. Personen, "die einen eingeschränkten Interessenradius haben, eine geringe Zielgerichtetheit und eingeschränkte Zukunftsorientierung, die unzufrieden sind und von geringem Selbstvertrauen" klagen häufiger über Einsamkeit.

Ein interessanter Zusammenhang zwischen Einsamkeit und psychischer Abhängigkeit wird von psychoanalytischer Seite aus aufgezeigt. GOLDFARB wies darauf hin, daß abhängige Personen auf andere Menschen stärker angewiesen sind und daher verständlicherweise bei verminderten Sozialkontakten eher mit Einsamkeitsgefühlen reagieren. (62)

LEHR (110) weist "auf die biologische Determiniertheit der Abhängigkeit des Menschen (Hilflosigkeit des neugeborenen Kindes) und die zusätzliche kulturelle Begünstigung der Abhängigkeit (stärkeres Belohntwerden abhängigen Verhaltens bei Kindern - besonders weiblichen Geschlechts)" hin. "In der Eltern-Kind-Beziehung neigen Eltern meist dazu, die Abhängigkeit ihres Kindes zu belohnen. Da Abhängigkeit ein bindendes Moment sei, neige man dazu, zur Abhängigkeit zu erziehen - und nun im Alter werde plötzlich Unabhängigkeit verlangt. Der geheime Wunsch nach Abhängigkeit führe ältere Menschen häufig zu einer Flucht in die Krankheit, wodurch nun nicht selten - gewissermaßen im Kreisprozeß - eine verstärkte Abhängigkeit und Hilflosigkeit heraufbeschworen werde. " (S. 246)

Es ist also festzuhalten, daß für die Entstehung von Vereinsamungsgefühlen die Persönlichkeitsstruktur von wesentlicher Bedeutung ist. Von ihr ist es abhängig, ob das Ausmaß sozialer Kontakte als ausreichend empfunden wird. Daher sagt auch die Häufigkeit von Interaktionen z.B. in der Familie nichts über die subjektiv

empfundene und objektiv gegebene Qualität dieser Beziehungen aus. (164) Weiter muß angenommen werden, daß das aus einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur entspringende 'Bedürfnis nach Abhängigkeit' (110) als Grund mancher Alterskrankheiten anzusehen ist.

#### 2.2.4. Zusammenfassung

Der Überblick hat gezeigt, daß von einer generellen Isolation (Definition s. oben) und Vereinsamung der alten Menschen nicht die Rede sein kann. Nur eine kleine Minderheit kann als isoliert und vereinsamt angesehen werden. Eine größere Minorität lebt allerdings in einem Zustande der Halbisolation. Isolation wie Vereinsamung finden sich am häufigsten bei den im großstädtischen Bereich lebenden über 75 Jahre alten, verwitweten und kinderlosen Frauen. Zwischen Isolation und Vereinsamung bestehen Zusammenhänge, jedoch sind sie nicht identisch. Weitere für die Isolation entscheidende Variable sind die Familienbezüge, der Gesundheitszustand und die soziale Schichtung. Für die Vereinsamung wesentlich sind Verlustereignisse, insbesondere bei starker Bindung an die verlorene Person. Die Reaktion wird dabei in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen verschieden ausfallen.

Trifft der postulierte Zusammenhang zwischen Isolation und Vereinsamung einerseits, Geisteskrankheit und Selbstmord im Alter andererseits zu, dann hätten wir es nach den bisherigen Untersuchungen mit einer nur kleinen Gruppe hochgradig gefährdeter und einer größeren Gruppe weniger stark gefährdeter Personen zu tun, auf die sich das Augenmerk vornehmlich zu richten hätte.

Im folgenden soll nun dargelegt werden, inwieweit in der gerontopsychiatrischen Literatur Faktoren der sozialen Isolation Bedeutung für die wichtigsten psychischen Störungen im Alter zugeschrieben wird.

## 2.2.5. Zusammenhänge zwischen Faktoren der sozialen Isolation und psychischen Alterserkrankungen

### 2.2.5.1. Schizophrenes Syndrom im Alter

#### 2.2.5.1.1. Notwendigkeit der multifaktoriellen Betrachtungsweise

"Es zeigt sich gerade am Modell der Erkrankungen des eigentlich höheren Lebensalters (präsenile und senile Erkrankungen), daß je später eine Psychose einen Menschen befällt, desto mehr Einzel-faktoren am Krankheitsbild beteiligt zu sein scheinen. Die prä-morbide Persönlichkeit sowie die soziologischen und die an be-stimmte Krisenpunkte gebundenen psychoreaktiven Momente gewinnen an Bedeutung und erhalten wesentlich mehr Gewicht, einen ganz an-deren Stellenwert als bei jugendlichen Psychosen. So nimmt auch bei den in der zweiten Lebenshälfte zwischen dem 40. - 60. Lebens-jahr auftretenden schizophrenen Psychosen die Zahl der am Krank-heitsbild beteiligten Faktoren zu." (KLAGES 96)

Die Notwendigkeit einer multifaktoriellen Betrachtungsweise al-terspsychiatrischer Erkrankungen im allgemeinen, schizophrenen Erkrankungen des höheren Lebensalters im besonderen, wird nicht nur von KLAGES, sondern auch von vielen anderen Autoren hervor-gehoben. SCHIMMELPFENNIG (173) fordert einen multidimensionalen Ansatz ausdrücklich und verweist auf KALLMANN, der von genetischer Seite aus eine 'multifaktorielle Ätiologie' der involuti-ven Psychosen annahm, indem er darauf hinwies, daß die Entste-hung einer solchen Psychose eine bestimmte Kombination ätiolo-gischer Faktoren, deren jeder für sich allein nicht geeignet wä-re ein psychotisches Syndrom hervorzubringen, benötige. Wie die Untersuchungen von KAY und ROTH (87) belegt haben, ist die erb-liche Belastung Spätschizophrener wesentlich geringer als die jüngerer Schizophrener und läßt daher einen weiten Spielraum für andere ätiologische, pathogenetische und pathoplastische Fakto-ren frei.

#### 2.2.5.1.2. Soziologische und sozialpsychologische Faktoren in der Diskussion

Die Hypothese der schizophreniebegünstigenden sozialen Isolierung wurde 1954 von JACO (81) untermauert, indem er nachwies, daß Men-

schen in Stadtgebieten mit hoher Psychose rate weniger Bekannte haben, weniger ihre Nachbarn kennen, weniger im Stadtgebiet herumkommen und seltener die Stadt verlassen. Auch andere Untersuchungen (18, 49) zeigen Verbindungen auf zwischen Faktoren sozialer Isolierung und hoher Schizophrenierate. Jedoch lassen alle diese Untersuchungen die Frage offen, ob soziale Isolierung Ursache oder Folge schizophrener Erkrankungen ist. Diese Frage kann bis heute nicht entschieden werden.

Immerhin haben die Untersuchungen von BIRLEY und BROWN (19) gewichtige Hinweise darauf gegeben, daß sozialen und sozialpsychologischen Faktoren zumindest als auslösenden Momenten erhebliches Augenmerk geschenkt werden muß. In der Dreiwochenperiode vor Krankheitsausbruch fanden BIRLEY und BROWN Belastungsereignisse bei 46% der Schizophrenen (unter Einbeziehung wahrscheinlich selbstverschuldeter Belastungsereignisse sogar bei 60%) gegenüber 14% (20%) bei der Vergleichsgruppe. Diese Zahlen gewinnen noch größere Bedeutung, wenn man berücksichtigt, daß hier nur ein kleiner Zeitraum und erkennbare Belastungen in die Untersuchung eingingen. Gerade aber Dauerbelastungen, die keine auffallenden Veränderungen mit sich bringen und daher der Beobachtung leicht entgehen können, verdienen besondere Aufmerksamkeit. Auf dem Hintergrund solcher Dauerbelastungen könnten Ereignisse psychoseauslösenden Charakter gewinnen, ohne daß dies dem Außenstehenden ersichtlich und verständlich erscheinen mag, da der subjektiven Wertung der Ereignisse die entscheidende Bedeutung zukommt. MATUSSEK (122) weist daher auf die Notwendigkeit hin, zwischen 'objektiv wirkenden und subjektiv erlebten' Anlässen zu unterscheiden. Natürlich bereitet aber gerade die Erfassung der subjektiv erlebten Anlässe große methodische Schwierigkeiten.

Im Hinblick auf die Spätschizophrenie ergaben sich aus der klinischen Empirie schon früh Hinweise auf die Bedeutung sozialer Faktoren im allgemeinen, Faktoren im Zusammenhang mit sozialer Isolierung im besonderen. So wies BERGER (zit. nach 96) schon 1913 bei der Beschreibung seiner 'Paranoia chronica' auf das Überwiegen der Frauen und auf die geringe Zahl der Verheirateten hin. Dieselben Feststellungen traf KLEIST (zit. nach 64, 96) ebenfalls 1913 bei der Schilderung seiner 'Involutionsschizophrenia'. Er fand,

daß 90% der Erkrankten Frauen waren und daß von diesen 70% alleinstehend waren. KAY und ROTH (87) fanden bei ihren Untersuchungen ein Verhältnis Frauen zu Männern von 7:1. Auch sie weisen auf die unverhältnismäßig große Anzahl unverheirateter Patienten hin.

(s.a. 195) KLAGES (96) fand in seinem Untersuchungsgut ähnliche Verhältnisse und schrieb als Faustregel, "daß Spätschizophrenien bei Frauen doppelt bis dreifach so häufig sind wie bei Männern." HAASE weist darauf hin, daß diese Geschlechtsverteilung heute allgemein anerkannt wird, daß die Tatsache von den einzelnen Autoren jedoch ganz unterschiedlich interpretiert wird. (64,65,66)

Die Bedeutung der prämorbidem Persönlichkeit wird von verschiedenen Autoren hervorgehoben und betont, daß die Situation des Alleinstehens durch die Persönlichkeitsstruktur der Kranken bedingt sei. HAASE sieht die dialektische Verbundenheit dieser zwei Faktoren, indem er darauf hinweist, daß die Persönlichkeitseigenschaften Situationen des Alleinstehens schaffen, daß aber das Alleinstehen wiederum rückwirkenden Einfluß auf die jeweilige Persönlichkeit hat und den Ausbruch der Psychose provozieren kann. Es gibt auch Fälle, so HAASE (64), bei denen 'mehr durch das äußere Schicksal erzwungene Situationen des Alleinstehens eine derartige Psychose auslösen können oder zumindest den Zeitpunkt des Einsetzens der Psychose bestimmen.' (S. 322)

Ausgehend von den Untersuchungen von DAYTON und MALZBERG (8, 66) in den USA wurde in der Folgezeit von verschiedenen Untersuchern übereinstimmend festgestellt, daß Unverheiratete unverhältnismäßig häufiger in eine Nervenlinik eingewiesen werden. Verheiratete machen nach diesen Untersuchungen den geringsten Prozentsatz der Wohnbevölkerung aus, der zur Aufnahme in eine Nervenlinik kommt, gefolgt von den Witwen, Ledigen und schließlich den Geschiedenen. (8) DAYTONS Untersuchungen ließen ihn annehmen, daß bei den Witwen der Verlust des Heimes, persönliche, soziale und ökonomische Unsicherheit meist entscheidend für die Mehraufnahme in Nervenkliniken sind. Er wies auf Psychosen hin, die erst nach dem Verlust des Mannes auftreten, ebenso auf andere abnorme psychische Zustände, die zwar schon während der Ehe bestanden, sich dann aber nach dem Verlust des Mannes verschärften oder derart in Erscheinung traten, daß stationäre Behandlung erforderlich wurde.

ODEGARD (zit. nach 66) erkennt ebenfalls an, daß Witwenschaft im höheren Lebensalter und besonders bei Frauen durch den Verlust des Schutzes der Ehe zur erstmaligen Klinikaufnahme führen kann.

Der 'Familienstand' als Indikator für 'soziale Isolation' bietet nur ein sehr grobes Maß. Differenziertere Untersuchungen zeigen die Bedeutung von Belastungs- und Krisensituationen im Zusammenhang mit 'sozialer Isolation' noch deutlicher auf. KAY und ROTH (87, 168) führten die in unverhältnismäßig hoher Anzahl bei ihren spätschizophrenen Patienten gefundene Isolation auf drei Faktoren zurück: 1. Taubheit 2. Persönlichkeitsanomalien 3. wenig lebende Verwandte. KLAGES (96) fand auf dem Hintergrund der den Spätschizophrenen eigenen Persönlichkeitsstruktur in 20 (von insgesamt 53 untersuchten Fällen) ausgesprochene 'Vakuumsituationen'. (Tod eines nahestehenden Menschen 9 mal, frustrierte Liebesverhältnisse 6 mal, Fortgang der Kinder 3 mal, Kinderlosigkeit 2 mal)

Sehr eindrucksvoll geht die Bedeutung von Faktoren der sozialen Isolierung aus der Untersuchung von LANGE und POPPE (103) hervor. Sie fanden 35% ihrer Kranken 'durch hochgradige Sinnesdefekte und entstellende Verkrüppelung sozial isoliert'. In 66% der Fälle ließ sich eindeutig eine 'biologisch-soziale' Vereinsamung nachweisen, während in 41% der Fälle mit einem paranoiden Beeinträchtigungssyndrom eine Veränderung im Bereich der Wohnordnung vorlag. "Veränderungen im zwischenmenschlich-sozialen Gefüge entbergender, beeinträchtigender, entwurzelnder Art tragen besonders im höheren Lebensalter die potentielle Gefahr der Selbstwerterniedrigung des Betroffenen in sich. Wird diese Wertänderung unter zusätzlich auftretenden Faktoren verstärkt erlebt und überwertig erlitten, dann verrückt diese Überwertigkeit die Standpunkte im Leben und setzt eine paranoide Beeinträchtigungssymptomatik in Gang, die systematisch neue, richtige Beobachtungen in die alten fehlerhaften Zusammenhänge bringt und zur paranoiden Erstarrung führt. " (S. 199)

Hingewiesen werden muß an dieser Stelle auch auf das von JANZARIK (82,83,84) beschriebene 'Kontaktmangelparanoid' des höheren Alters, welches er als 2. Grundtypus schizophrenen Krankseins im hohen Alter den Altersschizophrenien als akut schizophrene Syn-

drome nach dem 60. Lebensjahr gegenüberstellt. Das 'Kontaktmangelparanoid' zeichnet sich durch seinen chronischen Verlauf aus und steht 'zahlenmäßig und seiner sozialen Bedeutung nach' im Mittelpunkt der nach dem 60. Jahr auftretenden paranoiden Syndrome. Diese Patienten kommen meist nicht in nervenklinische Behandlung und sind daher der Beobachtung im ambulanten Bereich eher zugänglich.

JANZARIK beschreibt bei dieser Patientengruppe ein extremes Überwiegen des weiblichen Geschlechts, wobei die Patienten mit nur wenigen Ausnahmen alleinleben. Sie sind entweder ledig, geschieden oder verwitwet. Am Beginn der Entwicklung des Kontaktmangelparanoids stehen typische Situationen wie der Tod des Ehemannes, der Auszug des letzten Kindes, ein Wohnungswechsel und die Aufgabe des Berufes. Die menschliche Isolierung wurde zum Leitphänomen dieses Krankheitsbildes gemacht, da sie sich in nahezu allen Fällen nachweisen läßt. Was die Persönlichkeit dieser Patienten angeht, so hat JANZARIK nicht den Eindruck als handele es sich um Personen mit 'zur Isolierung neigenden Wesenszügen', sondern eher um Personen, die 'ihrem Temperament nach besonders schlecht mit der Vereinsamung fertig werden.' (84)

Auch GROß fand in seinem Krankengut überwiegend unverheiratete Frauen. Er erkennt der sozialen Isolierung "die Rolle einer wesentlichen Teilbedingung" bei der Entstehung paranoid-halluzinatorischer Psychosen zu, "und zwar unabhängig davon, ob die soziale Isolierung mehr durch äußeres Schicksal oder durch prämorbidie Persönlichkeitsakzente bedingt oder begünstigt worden ist." (63)

MÜLLER-HEGEMANN (129, 130) weist nachdrücklich auf die Bedeutung hin, die mit sozialer Isolierung zusammenhängenden Faktoren in der Pathogenese von Psychosen zukommt. Er verwies auch darauf, daß bereits KRAEPELIN und nach ihm andere namhafte Psychiater wie E. KRETSCHMER, KEHRER, E.BLEULER, R. GAUPP und BONHOEFFER die Bedeutung von Milieufaktoren, wie auch psychogenen Momenten hoch einschätzten und daß die Unterschätzung dieser Momente 'weit weniger bei den "Klassikern" der deutschen Psychiatrie zu finden ist als meist angenommen.' (S.304)

### 2.2.5.1.3. Zusammenfassung

Es läßt sich zusammenfassend feststellen, daß eine 'multifaktorielle Ätiologie' spätschizophrener Erkrankungen angenommen werden kann. Dabei besitzen Faktoren sozialer Isolation erhebliche Bedeutung. Alleinstehende Frauen überwiegen im Krankengut deutlich. Hochgradige Sinnesdefekte und entstellende Verkrüppelungen, 'Vakuumsituationen', ganz allgemein Kontaktmangel werden von den verschiedenen Autoren in den Vordergrund der Diskussion um Ätiopathogenese, Auslösung und Verlauf gerückt. Daneben wird der prä-morbiden Persönlichkeit wesentliche Bedeutung zugeschrieben. Die Frage, ob soziale Isolation Ursache oder eher Folge schizophrener Erkrankungen ist, kann bis heute nicht entschieden werden.

### 2.2.5.2. Suizid und Suizidversuch

#### 2.2.5.2.1. Soziologische Faktoren

Seit DURKHEIM ist sozialen Faktoren in der Verursachung psychischer Störungen im allgemeinen und von Suiziden im besonderen große Aufmerksamkeit geschenkt und vielfach versucht worden, die vermuteten Kausalzusammenhänge auch empirisch zu untermauern. DURKHEIM sah einen engen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Strukturen, ihrem Organisations- bzw. Desorganisationsgrad und den Suizidraten. Erschütterungen der gesellschaftlichen Strukturierung führe zu Normenverlust und Normlosigkeit für das Individuum. Diesen gesellschaftlichen Veränderungen seien einige Personen nicht gewachsen. Sie könnten sich der neu entstandenen Situation nicht anpassen und reagierten auf sie mit Suizid. (8, 200)

Untermauert wurde diese These durch abnehmende Suizidraten während des zweiten Weltkrieges und deutlich zunehmende Suizidraten während der wirtschaftlichen Krisensituation 1934. SWINSCOW (zit. nach 170) formulierte im Hinblick auf die über 55 jährigen zwei Hypothesen mit Bezug auf die Kriegs- und die Krisensituation in der Wirtschaft. Die erste Hypothese besagte hinsichtlich der Kriegssituation, daß die Suizidrate für die über 55 jährigen abnehmen müßte, da ihre Arbeitskraft nun benötigt würde und eine zunehmende Beschäftigung dieser Gruppe einschließlich bereits Pensionierter zu erwarten sei. Die Älteren würden in dieser Situation eine

gesellschaftlich wichtige und wertvolle Rolle erfüllen.

In Hinsicht auf die wirtschaftliche Krisensituation wurde die zweite Hypothese formuliert. Es wurde angenommen, daß die Suizidrate selbst für die unter 55 jährigen in einer solchen Situation zunehmen würde, da Zeiten wirtschaftlicher Krisen zu einer erheblichen Arbeitslosigkeit auch unter dieser Gruppe führen und die Menschen, die sich zuvor als gebraucht und nützlich empfanden, nun plötzlich merken würden, daß sie überflüssig sind.

Beide Hypothesen konnten statistisch untermauert werden. (170) Allgemeiner formuliert besagten diese Hypothesen, daß sich die Suizidrate im späten Lebensabschnitt umgekehrt proportional verhält zu der Möglichkeit für die Menschen, in der Gesellschaft eine nützliche und bedeutende Rolle zu spielen. Je geringer also der Verbund ins gesellschaftliche Netzwerk, je größer somit die soziale Isolation, desto größer auch die Suizidrate.

Die Suizidrate für ältere Menschen hat im Gegensatz zur allgemeinen Suizidrate zugenommen. (169, 170) Für Männer liegt diese Rate höher als für Frauen und steigt auch mit zunehmendem Alter stetig an, während bei Frauen in der Altersgruppe zwischen 60 und 69 Jahren ein Gipfel zu verzeichnen ist, dem in den späteren Jahren wieder ein Abfall folgt. Die Selbstmordziffer bei Männern (Bundesrepublik auf 100 000 E.) stieg 1966 von 57 in der Altersgruppe zwischen 75 - 80 Jahre über 69 in der Altersgruppe von 80 - 85 Jahren und 72 in der Altersgruppe 85 - 90 Jahre bis auf 103 in der Altersgruppe über 90 Jahre. (43, 200) Die durchschnittliche Ziffer liegt zum Vergleich bei 28/100 000 E. über alle Einwohner. STENGEL (193) schätzt, daß die Zahl der Selbstmordversuche sechs- bis zehnmal so groß ist wie die der Selbstmorde. Er weist auch darauf hin, daß sich die Gruppe derjenigen, die einen Suizidversuch unternehmen, in ihrer Zusammensetzung nach Geschlecht und Alter von der der Selbstmörder unterscheidet. Während mehr Männer als Frauen durch Selbstmord sterben, unternehmen mehr Frauen als Männer einen Suizidversuch. Während Selbstmorde häufiger in höherem Alter vollzogen werden (193, 200), sind Selbstmordversuche häufiger in jüngeren Altersgruppen zu verzeichnen. Dies könnte darauf hinweisen, daß die Älteren es bei ihren Selbstmordhandlungen häufiger 'wirklich ernst' meinen. (200)

Betrachtet man die soziale Isolation als eine wesentliche Teilursache dieser hohen Suizidrate alter Menschen, so muß man annehmen, daß die soziale Isolation mit steigendem Alter (zumindest bei den Männern) zunimmt. Welche Faktoren sozialer Isolation konnten bisher mit dem Suizidproblem in Zusammenhang gebracht werden?

DUBLIN und BUNZEL (170) fanden in den ländlichen Gebieten der europäischen Staaten (mit Ausnahme Hollands) eine niedrigere Suizidrate als in den städtischen. Dieselben Autoren stellten auch ein Ansteigen der Suizidrate mit zunehmender Größe der Stadt fest, was nach STENGEL (193) dem 'größeren Risiko sozialer Isolierung und der Anonymität des urbanen Lebens' zugeschrieben wird. Wie Untersuchungen von CAVAN (170) und SAINSBURY (169,170) in Chicago und London ergaben, werden die hohen Suizidraten dieser Städte durch außerordentlich hohe Raten bestimmter Stadtbezirke verursacht. Dabei konnte eine signifikante negative Korrelation zwischen den Suizidraten und dem sozioökonomischen Status festgestellt werden, während sich eine positive Korrelation zur sozialen Isolation herstellen ließ. Selbstmörder erwiesen sich als isolierter und von höherem sozialen Status als andere Einwohner der entsprechenden Stadtbezirke. STENGEL (193) zeigt jedoch auf, daß sich unter den alten Menschen eine derartige Korrelation zwischen hohem sozialen Status und Selbstmordrate nicht herstellen läßt. Er berichtet stattdessen, daß in England und Wales im Zeitraum von 1949 - 1953 die Suizidrate bei alten Männern der untersten Schicht am höchsten war.

Über die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Status, Aktivität und Ausmaß der sozialen Teilhabe wurde schon berichtet. (s. S. 87/88) Weitere Faktoren sozialer Isolierung wie z.B. Verlust des Ehepartners oder Alleinleben können hinzukommen und die Situation verschärfen. So fand SAINSBURY (169) unter den über 60 jährigen Selbstmördern einen Anteil von 39% Alleinlebenden, während dieser Anteil unter anderen Altersgruppen signifikant niedriger lag. (40 - 59 J. 23%; 20 - 39 J. 17%; Anteil der Alleinlebenden unter der älteren Bevölkerung etwa 25%) Da der Anteil alleinstehender Frauen in der entsprechenden Population höher ist als der der Männer, wäre allerdings auch eine höhere Suizidrate unter den Frauen zu erwarten, was aber nicht der Fall ist. Alleinleben kann

also nicht allein ausschlaggebender Faktor für die Entscheidung zum Suizid sein.

Ein weiterer wichtiger Faktor stellt sich mit dem Vorhandensein von körperlichen wie auch seelischen Erkrankungen dar. In dem Maße, in dem mit steigendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, durch körperliche Erkrankungen zunehmend behindert und eingeschränkt zu sein, in dem Maße wächst auch das Ausmaß, in welchem körperliche Erkrankungen als signifikant wichtiger Faktor in die Entscheidung zum Suizid eingehen. (68, 169, 193, 200) SAINSBURY fand in 35% der Fälle bei den über 60 jährigen Selbstmördern dieses Moment beteiligt. Dabei scheinen insbesondere Arthropathien von großer Bedeutung zu sein. HAGENBUCHNER stellt die Krankheit in ihren sozialen Kontext, wenn er schreibt: "Eine Krankheit bleibt erträglich, wenn sie die Teilnahme am Familienleben gewährt und die an sich schon spärlichen Kontakte nicht gefährdet. Erniedrigt sie aber einen Menschen zum Pflegeobjekt, steigert sie das latent bereitliegende Gefühl eine Last zu sein, ist sie etwa mit Unappetitlichkeit verbunden, dann wachsen in ihr die Schwermut und der Wunsch zu sterben. Darum töteten sich auch einige unserer Fälle mit Dauerkatheter, Trachealkanülen, Anus praeter nat. und Ekzemen." (68)

#### 2.2.5.2.2. Sozialpsychologische Faktoren

In den meisten Fällen ist es wohl nicht ein Faktor allein, der die Entscheidung zum Selbstmord bewirkt. Erst das Zusammenwirken zweier oder mehrerer Faktoren lassen den Entschluß im alten Menschen reifen. Auch drängen die sozialen Umstände nicht unweigerlich zur Entscheidung in einer bestimmten Richtung. Die gleichen sozialen Gegebenheiten können bei unterschiedlichen Persönlichkeiten zu sehr verschiedenen Reaktionsweisen führen. Mit THOMAE ließe sich sagen, daß die 'Qualität des Erlebens einer Situation nicht beliebig von außen manipulierbar ist.' (203) Das subjektive Wahrnehmen und Erleben einer gegebenen Situation gewinnt entscheidendes Gewicht in der Vermittlung von objektiv vorhandener Gegebenheit und subjektiver Motivation, in dieser und keiner anderen Art und Weise auf diese Gegebenheit zu reagieren.

Neben der Herausarbeitung sozialer Umstände, die einen Menschen

überhaupt zum Suizid veranlassen können, erscheint es also von großer Bedeutung, sozialpsychologischen Faktoren ebenso große Aufmerksamkeit zu schenken. Denn " die spezielle Frage, welche Individuen innerhalb der latent gefährdeten Subgruppe alter Menschen tatsächlich suizidale Reaktionen zeigen bzw. zeigen werden, läßt sich vermutlich erst dann beantworten, wenn die Einstellungen der älteren Menschen gegenüber sich selbst und verschiedenen Aspekten der physischen Gesundheit und sozialen Umwelt, sowie die kognitive Interpretation und emotionale Bewältigung der mit dem Eintritt ins höhere Lebensalter verbundenen psycho-sozialen Veränderungen erfaßt wird." (220)

Der Erfassung dieser psychologischen Faktoren stehen methodische Schwierigkeiten im Wege, da Suizidalität sich erst im vollendeten Suizid ausdrückt und das Individuum damit einer Untersuchung entzogen ist. Die Gruppe der Personen, die einen Suizidversuch unternahmen, unterscheidet sich qualitativ von derjenigen, die einen Selbstmord vollendete. (193, 200, 220) Dies gilt allerdings noch am wenigsten bei den älteren Menschen, da bei diesen die Gruppe derjenigen, die es "wirklich ernst" damit meint, aus dem Leben zu scheiden (so weit sich dies überhaupt beurteilen läßt), sehr groß ist. (200)

WIENDIECK (220) beschriftet bei seiner Untersuchung den Umweg 'über relativ leicht diagnostizierbare Indikatoren einer latenten Suizidalität', z.B. Selbstmordgedanken und Selbstmordphantasien, die ja auch von RINGEL (162) als Teil des präsuizidalen Syndroms angesehen werden. Dabei stellte WIENDIECK fest, daß die Personen mit Suizidgedanken sich signifikant häufiger mit ihrer Lebenssituation unzufrieden zeigten und sich einsamer fühlten. Sie hatten auch größere Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, von denen sie sich im allgemeinen weniger gut behandelt fühlten, wobei sie die Schuld für ihre Lage eher bei sich selbst suchten.

#### 2.2.5.2.3. Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß Selbstmord im Alter mit Faktoren positiv korreliert, die auch für Isolation und Vereinsamung sehr bedeutsam sind. Im einzelnen sind dies: zunehmen-

des Alter, Verwitwetsein, Unverheiratet- oder Geschiedensein, Alleinleben, Kinderlosigkeit, Wohnen in der Großstadt, Wirtschaftskrisen. Ferner zeigten sich sozioökonomische Einflüsse und zwar derart, daß nicht Armut an sich, sondern eine Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse von einem Zustand relativen früheren Wohlstandes in schlechtere Umstände zum Freitod führen kann. Körperliche Erkrankungen mit ihren sozialen und psychischen Auswirkungen erwiesen sich ebenfalls als ein wichtiger Faktor.

Das Gefühl der Vereinsamung, Unzufriedenheit mit der Lebenssituation, das Gefühl unnütz zu sein und zur Last zu fallen sind wichtige subjektive Momente.

Es läßt sich also insgesamt sagen, daß "soziale Isolierung der gemeinsame Nenner für eine Reihe von Faktoren (ist), die mit einer hohen Selbstmordrate korreliert sind.". (193, S.15)

#### 2.2.5.3. Altersdepressionen

##### 2.2.5.3.1. Allgemeine Vorbemerkungen

Hinweise auf Inzidenz und Prävalenz depressiver Erkrankungen des höheren Lebensalters ergeben sich aus der Konsultationsfrequenz nervenärztlicher Praxen. So fand SCHULTE (183), ausgehend von der Zahl aller Erstbehandlungen, daß in den Praxen 15,5% der Fälle über 60 jährige Kranke mit depressiven Störungen sind. Da die in Praxen und Krankenhäusern erscheinenden Fälle wahrscheinlich die schwereren sind, darf angenommen werden, daß die wahre Häufigkeit depressiver Störungen bei über 60 jährigen erheblich höher liegt. CIOMPI (37) ist der Meinung, daß die Depressionsneigung im höheren Lebensalter am größten ist.

Wie beim schizophrenen Syndrom wird von vielen Untersuchern auch beim depressiven Syndrom im höheren Lebensalter die Notwendigkeit einer multifaktoriellen Betrachtungsweise hinsichtlich ätiopathogenetischer Erwägungen betont. (6, 134, 152) Dabei wird selbst bei den psychotischen Depressionen sozialen und sozialpsychologischen Faktoren für Auslösung und Verlauf erhebliche Bedeutung

zugemessen. (6, 60) Die in dieser Lebensphase wirksamen 'depressogenen Faktoren' genauer zu kennen, wäre nach CIOMPI (37) für das Verständnis depressiver Phänomene von hohem Interesse.

Da - wie schon betont wurde - die Reaktion auf situative Belastungssituationen bestimmt ist vom persönlichen Wahrnehmen und Erleben, wäre zu fragen, ob es bestimmte Persönlichkeitstypen gibt, die auf verschiedenste Belastungssituationen im Alter mit einer Depression reagieren? Oder aber gibt es ein Zusammenwirken von Persönlichkeitsstruktur und dazugehöriger 'Belastungssituation', so daß erst dann eine spezifische Reaktion, hier eine depressive Erkrankung, resultiert, wenn Struktur und zugehörige Situation genau zusammenpassen?

#### 2.2.5.3.2. Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur

Welche Bedeutung der prämorbidie Persönlichkeitsstruktur für Entwicklung und Verlauf depressiver Erkrankungen des höheren Lebensalters zukommt, geht aus den Untersuchungen von CIOMPI et al. (36, 37) hervor. Der Langzeitverlauf der Depression zeigte sich danach weit enger mit prämorbidie Persönlichkeitszügen verknüpft als mit vielen anderen als wichtig vermuteten Variablen. Nur der körperliche Gesundheitszustand und das soziale Milieu im Alter zeigten einen vergleichbaren Einfluß.

TELLENBACH (199) und PAULEIKHOFF (140) kennzeichneten den zur Melancholie neigenden Menschen als eine Persönlichkeit, die in festen Ordnungen lebt, an alten Ordnungen festhält und neue Ordnungen nur mit Schwierigkeiten aufbauen kann. Ordentlichkeit, Fleiß, Pflichtgefühl, Pedanterie, hoher Leistungsanspruch und enge Abhängigkeitsbeziehungen zu wenigen Personen sind weitere hervorstechende Charaktereigenschaften dieser Menschen.

Für die Ausprägung der Persönlichkeit können ungünstige Umweltbedingungen während der Kindheitsperiode eines Individuums von Bedeutung sein. So haben mehrere Untersucher darauf hingewiesen, daß sich bei Spätdepressiven in höherem Maße eine 'broken home' situation nachweisen lasse und daß diese Bedingungen in früher Kindheit, z.B. Tod eines Elternteils, die entsprechenden Menschen im Sinne einer Wiederholungssituation bei ähnlichen Ereignissen

im höheren Lebensalter für eine depressive Erkrankung prädestiniere. (10, 28, 31, 88) Andere Untersuchungen haben dies aber nicht bestätigen können, so daß die Diskussion noch offen ist. (6, 55, 80, 194) Fruchtbringender als das Herausgreifen derart singulärer Ereignisse dürfte hier wohl auch eine psycho-genetische Betrachtungsweise sein, wobei sich "psychische Erscheinungen und Störungen spezifischen, den psychosexuellen Entwicklungsphasen entsprechenden, intrapsychischen Konflikten zuordnen" lassen. (154)

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die von LEHR und THOMAE (108, 109, 110, 206) aufgezeigte rollenspezifische Ausprägung der Persönlichkeit, die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Daseinsthematik und Reaktionsweise auf Belastungssituationen. Geschlechtsspezifisch unterschiedliche Rollenerziehung führt zu unterschiedlichen Erwartungshaltungen, Einstellungen, Verhaltensweisen und Reaktionen in bestimmten Situationen. Es ist demnach auch zu erwarten, daß es neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Beurteilung und im Erleben bestimmter situativer Gegebenheiten auch zur Ausprägung unterschiedlicher 'Daseinstechniken' zur Bewältigung dieser Gegebenheiten kommt. Frauen erachten mit anderen Worten andere Dinge für wichtig und bedeutsam als Männer und sie reagieren auf dieselben Bedingungen in anderer Weise als Männer. Es könnte daher angenommen werden, daß es für Frauen andere 'Belastungssituationen' gibt als für Männer, d.h. auch Situationen, die geeignet sind, depressive Phasen zu veranlassen. Dieser theoretische Ansatz bietet eine Erklärungsmöglichkeit für die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Häufigkeit depressiver Erkrankungen des höheren Lebensalters.

#### 2.2.5.3.3. Spezifische Belastungssituationen

Wie die Untersuchungen von THOMAE, LEHR und KRÜSKEMPER (108, 110) ergaben, zeigen sich die Männer in ihren Interessen und ihrer Lebensausrichtung mehr oder weniger auf den Beruf fixiert, während bei den Frauen eine Konzentration auf den Familienbereich im allgemeinen, die Ehe im besonderen stattfindet. Es ließe sich also annehmen, daß die für Krisen besonders anfälligen Bereiche für den Mann um den Beruf und für die Frau um die Familie kreisen.

Arbeitslosigkeit, Statusverlust, ungewollte Pensionierung mögen daher Belastungssituationen des Mannes sein, während die Frau durch Probleme im Bereich des Familienlebens kritische Erschütterungen erleben könnte.

Wie LEHR (109) zeigen konnte, erleben besonders die Frauen im 5. Lebensjahrzehnt Belastungen im familiären Bereich - Auseinandersetzungen mit den Kindern, dem Ehepartner und den eigenen Eltern - sehr stark. "Die Frau in diesem Alter befindet sich selbst in einem besonderen Spannungsfeld, im Schnittpunkt verschiedener Rollen mit gegensätzlichen Rollenanforderungen und befindet sich in einer dadurch bedingten 'Phase der Verunsicherung' zwischenmenschlicher Bezüge." (231) Dabei macht sich gerade in diesem Lebensalter eine resignierende Haltung bemerkbar, die in Sätzen ihren Ausdruck findet wie: "Daran läßt sich doch nichts ändern" etc.. Wie THOMAE und SIMONS (206) zeigen konnten, bieten Frauen in der Bewältigung von Problemen aus dem Wohnungsbereich, dem wirtschaftlichen Bereich und auch dem familiären Bereich eher 'passiv' akzentuierte Verhaltensweisen. Sie neigen zur Zurückstellung eigener Bedürfnisse, zu Depression und innerer Distanzierung, die sich in resignierenden Äußerungen dartun.

Besondere Bedeutung wird von den verschiedenen Autoren ganz allgemein Verlustereignissen beigemessen. (37, 68, 102, 138, 139, 151, 152, 154)

Meistens werden menschliche Verluste, Tod des Ehepartners, Heirat eines Kindes etc. betont, jedoch muß der Verlust als generelles Phänomen betrachtet werden und kann sich außer auf Menschen auch z.B. auf Geld oder die soziale Stellung u.v.a. beziehen. (163) "Vielfältige äußere und innere Verlust- und Beeinträchtigungssituationen lösen als 'Motivbündel' die depressive Symptomatik aus." (37)

Nach den Untersuchungen von KAY, BEAMISH und ROTH wie auch von FORREST, FRASER und PRIEST (55, 88) korrelieren Faktoren, die mit dem Verlust von sozialen Rollen und sozialer Isolation verbunden sind wie z.B. Alleinleben, Scheidung, Trennung, geringe Sozialkontakte, keine Klubzugehörigkeit, kein Hobby und geringes Einkommen mit funktionellen Erkrankungen im Alter. VOGEL und

LUNGERSHAUSEN fanden bei den Involutionen depressiven in statistisch auffälliger Zahl Vereinsamte. (214) LOWENTHAL (118) fand bei einem Sechstel der untersuchten hospitalisierten Population Todesfälle von Verwandten oder Freunden in der Vorgeschichte, allerdings waren die meisten dieser Ereignisse bereits mehr als ein Jahr vergangen. GARSIDE, KAY und ROTH (58) fanden bei ihren faktorenanalytischen Untersuchungen keinen Zusammenhang zwischen Verlustereignissen und psychiatrischen Alterserkrankungen im allgemeinen, weisen jedoch auf die klinisch geläufige Erfahrung hin, daß Verlustereignisse von Depressionen gefolgt werden können und nehmen an, daß ihre Definition möglicherweise zu weit gefaßt sei, da sie nicht die intensive persönliche Bindung berücksichtigt habe. KAY, BEAMISH und ROTH (88) fanden Verlustereignisse unter den funktionell Kranken nicht häufiger als unter einer normalen Kontrollgruppe, schrieben ihnen in einigen Fällen, insbesondere bei Frauen, jedoch für den Beginn der Erkrankung entscheidende Bedeutung zu.

POST (152) weist darauf hin, daß bei 60 - 80% der depressiven Syndrome in höherem Lebensalter in der unmittelbaren Vorgeschichte einschneidende Ereignisse, meistens Verlustereignisse, festgestellt werden können, besonders die Verwitwung, das Fortziehen der Kinder, Pensionierung, eigene Erkrankung, Krankheit des Gatten, Verlust der Wohnung.

CIOMPI (37) interpretiert die Zusammenhänge zwischen präorbider Persönlichkeitsstruktur und typischen 'depressogenen Faktoren'. Er sieht die zu depressiven Störungen neigenden Menschen "durch einen besonders verletzlichen Typus von Objektbeziehungen im psychoanalytischen Sinn, d.h. durch eine ständige tiefe Angst vor dem Verlassen- und Ausgestoßenwerden" ausgezeichnet. Somit wären "ihre präorbiden Verhaltensdominanten als Abwehrhaltungen gegen den fortwährend drohenden 'Objektverlust' und die depressive Phase damit als ein Versagen dieser Abwehrorganisation in bestimmten Lebensumständen zu verstehen: Solche Dekompensationen müßten ganz bevorzugt in tatsächlichen oder auch nur mit mehr oder weniger Grund befürchteten Verlustsituationen auftreten." Weiter schreibt er: "Verlustsituationen werden mit zunehmendem Alter immer häufiger und wahrscheinlicher. " Er sieht das Alter

von der Thematik des Verlusts geprägt und meint, daß diese Auffassung "nicht nur zu der festgestellten allgemeinen Prädispositionsphase für depressive Störungen, sondern sogar zu den feineren Unterschieden zwischen den Geschlechtern ausgezeichnet passen" würde. Und er betont, daß "keineswegs nur einzelne traumatische Ereignisse und tatsächliche Verluste, sondern die ganze prekär gewordene Lebenssituation und ihre drohende Verschärfung den Nährboden für Depressionen aller Art abgeben kann." (S.406, 407)

#### 2.2.5.3.4. Zusammenfassung

Neben der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur erweisen sich in der Genese der Altersdepressionen körperliche Erkrankungen und die soziale Situation von entscheidender Bedeutung. Letztere ist geprägt von Verlustereignissen der verschiedensten Art, wie von zahlreichen Autoren immer wieder festgestellt wird. Bei entsprechend präformierter Persönlichkeitsstruktur scheinen derartige Verlustereignisse von entscheidender Bedeutung bei der Auslösung depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter zu sein. Zwischen Faktoren der sozialen Isolation und Altersdepressionen scheinen somit enge Verbindungen zu bestehen.

#### 2.2.5.4. Intellektuelle Leistungsfähigkeit im Alter und Senile Demenz

##### 2.2.5.4.1. Bedingungen intellektueller Leistungsfähigkeit

Ein mit dem Alternsprozeß verbundenes negatives Stereotyp ist das der Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit (Defizit-Modell). (110, 164, 179) Danach ist mit zunehmendem Alter mit einer Abnahme der 'allgemeinen Intelligenz' zu rechnen. Die Abnahme der Leistungsfähigkeit ist, wenn man diesem Modell folgen will, auf altersbedingte hirnpysiologische und damit irreversible Prozesse zurückzuführen. Das Defizit-Modell impliziert also die Normalität der Abnahme der geistig-intellektuellen Fähigkeiten im Alter und legt die Annahme nahe, daß der Übergang des 'normalen' geistigen Abbaus in den pathologischen Bereich ebenfalls eine Funktion des Alters ist. Es wäre danach anzunehmen, daß jeder Mensch, sofern er nur alt genug werden würde, die Demenz-

schwelle überschreiten müßte. (104)

Bei der Untersuchung des nach dem Defizit-Modell als unausweichlich anzusehenden intellektuellen Abbaus mit dem Alter kam es im Laufe weiterer Forschungsarbeit zu einer Distanzierung vom Defizit-Modell. Es wird in seiner unzulässigen Verallgemeinerung heute abgelehnt. Erstens beruht es auf Ergebnisse von Querschnittsuntersuchungen und steht im Gegensatz zu Ergebnissen von Longitudinalstudien (166), zweitens zeigte sich, daß ältere Menschen grundsätzlich die gleichen Leistungen vollbringen können, sofern der Zeitfaktor ausgeschaltet wird, d.h. ältere Menschen benötigen zur Lösung bestimmter Aufgabenstellungen nur mehr Zeit als jüngere. Drittens kam es zu einem Abrücken vom Konzept der 'allgemeinen Intelligenz'. So weist LEHR (110) darauf hin, daß "eine differenziertere Betrachtung der Intelligenzveränderungen im Erwachsenenalter" zu einem Abgehen vom Konzept der 'Allgemeinen Intelligenz' geführt hat. Diese wird heute "als eine funktionale Einheit voneinander relativ unabhängiger 'Primärfunktionen' gesehen, "die bei der Lösung unterschiedlicher Problemstellungen in jeweils spezifischer Konstellation zusammenwirken."

Mit dem Abrücken vom Defizit-Modell verliert das chronologische Alter seine ihm zugeschriebene überragende Bedeutung für die intellektuelle Leistungsfähigkeit im Alter. Andere Faktoren rücken in den Mittelpunkt der Überlegung. Dabei erweist sich zunächst der Gesundheitszustand als von großer Wichtigkeit. (110, 179) Weiterhin zeigte sich eine Abhängigkeit zwischen der intellektuellen Leistungseinbuße im Alter und der ursprünglich vorhanden gewesenen Intelligenz. Danach tritt bei intelligenteren Menschen kaum eine Leistungsveränderung auf, während weniger intelligent beurteilte Menschen starke Leistungseinbußen zu verzeichnen hatten. LEHR weist darauf hin, daß eine Interpretation dieser Ergebnisse im Sinne erblich bedingter Begabungskonstanz und allgemeiner Vitalität 'die Einbettung der Intelligenzleistung in ganz bestimmte soziale und biografische Bedingungen ebenso vernachlässigen würde wie die Bedeutung motivationaler Faktoren.' (110)

Die Bedeutung von Übungsfaktoren für die intellektuelle Leistungs-

fähigkeit zeigt sich in den Zusammenhängen die zahlreiche Untersuchungen zwischen Intelligenzleistung einerseits und Schulbildung, Art der Berufstätigkeit und stimulierender Umgebung andererseits herstellen konnten. Längerer Schulbesuch führt zu einer Anhebung des intellektuellen Niveaus, hat darüberhinaus aber auch ein stärkeres Interesse für Weiterbildung und Qualifikation im Erwachsenenalter zur Folge. Die Art der Berufstätigkeit beinhaltet spezifische Trainingseffekte im Hinblick auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit oder kann umgekehrt auch Abbauerscheinungen begünstigen, sofern bestimmte Fähigkeiten nicht in genügendem Maße gefordert werden. (110, 161, 164, 179, 200)

Welchen Einfluß eine 'stimulierende Umgebung' auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit älterer Menschen hat, geht aus den Untersuchungen von WEINSTOCK und BENNET (104, 110) hervor. Sie verglichen zwei Gruppen älterer Menschen, die hinsichtlich Lebensalter, sozialem Status, Familienstand, Gesundheitszustand und Intelligenzquotient bei der Erstuntersuchung gleich zusammengesetzt waren. Die erste Gruppe kam in eine 'anregende und zur eigenen Aktivität ermunternden Umgebung', die andere in 'eine weniger anregende und auf Betreuung eingestellte Umgebung'. 'Innerhalb eines Jahres zeigte sich bei konstanten Leistungen der ersten Gruppe ein signifikanter Abfall geistiger Fähigkeiten bei der zweiten Gruppe.' (zit. nach 110, S. 75)

Nach den Untersuchungen von OWENS (135) bestehen weitere Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Berufserfolges, dem Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit, dem Lebensschicksal auch im privaten Bereich, Persönlichkeitsvariablen wie Aktivität, Anregbarkeit und Bereitschaft zu Sozialkontakten und der Erhaltung bzw. Abnahme intellektueller Fähigkeiten.

RUDINGER (zit. nach 110) unternahm den Versuch, den Einfluß einzelner Variabler auf die Gesamtintelligenz wie auf die einzelnen Untertests des HAWIE quantitativ zu bestimmen und kam dabei zu folgenden Resultaten: An der Gesamtvarianz der 'allgemeinen Intelligenz' beträgt der Varianzanteil, der dem Lebensalter zukommt, nur 4 - 4,5%, im Verbalbereich sogar nur 1%, im Handlungsteil dagegen 6 - 7%.

Der Varianzanteil für die 'Gesundheit' bewegt sich zwischen 8 - 10%. Sehr hoch ist der Varianzanteil für Schulbildung, der bei der Gesamtttestleistung 19%, im Verbalteil 21% und im Handlungsteil 13 - 14% einnimmt. Der prozentuale Anteil des Faktors Beruf an der Gesamtvarianz beträgt bei den Männern etwa 20% bei Leistungen der 'allgemeinen Intelligenz', 21 - 24% im Verbalteil, ca. 12% im Handlungsteil. Weitere 9 - 11% der Gesamtvarianz lassen sich aus der Geschlechtsgruppenzugehörigkeit ableiten. (S. 84, 85)

Zusammenfassend läßt sich mit SCHNEIDER sagen, daß unter den ungünstigen und heute leider weithin noch üblichen Bedingungen sensorischer Deprivation ein intellektueller Leistungsabbau im höheren Alter zu erwarten ist, dann also, wenn "ältere Personen durch ihre Ausschaltung aus dem Berufsleben, durch ihre aufgrund des gesunkenen Einkommens geringere Mobilität, durch ihre angegriffene Gesundheit und ähnliche Einflüsse in einer eintönigeren und weniger wechsellvollen Umgebung zu leben gezwungen sind." (179, S. 56)

Und noch ein Zusammenhang wird hier besonders deutlich, nämlich der zwischen Schichtzugehörigkeit und sozialer Isolation. Die Faktoren der den Intelligenzabbau begünstigenden sozialen Isolation sind in eindeutiger Abhängigkeit von Faktoren der Schichtzugehörigkeit eines Individuums zu sehen. "Wie die Intelligenzentwicklung im höheren Alter eines Individuums verläuft, hängt weitgehend von dessen Schichtzugehörigkeit ab." (179, S.57)

#### 2.2.5.4.2. Zusammenhang zwischen normalpsychologischem und pathologischem Alter

Die Frage, ob es vom normalpsychologischen zum pathologischen Alter einen fließenden Übergang gibt, ob es sich also praktisch nur um eine quantitative Steigerung bestimmter Abbauerscheinungen und damit um eine Einheit handelt, die freilich bei Erreichen einer bestimmten Schwelle quantitativer Veränderungen in eine andere klinische Qualität umspringt, oder ob es sich bei der senilen Demenz um eine eigenständige Qualität handelt, ist bis heute noch nicht zu entscheiden. Nach LAUTER (104) gibt es für beide Annahmen empirische Hinweise. Für einen fließenden Übergang vom Normalen zum Pathologischen sprechen sowohl die geläufige klini-

sche Erfahrung, daß eine Abgrenzung des noch Altersgemäßen von bereits Krankhaften oft nur schwer vorgenommen werden kann, als auch die Befunde von neuropathologischer Seite. Danach können keine qualitativen Unterschiede zwischen senil Dementen und 'Normalen' festgestellt werden. Allerdings bleibt zu fragen, wie LAUTER und MEYER (107) ausführten, ob nicht eine unzulässige Verbindung zwischen Erkrankung und morphologischem Bild hergestellt wurde, d.h. ob nicht in dem Bemühen, eine Erklärung und ein sichtbares Substrat für das klinische Bild zu finden, voreilige Schlüsse gezogen wurden.

Nimmt man an, daß es einen fließenden Übergang vom Normalen zum Pathologischen gibt, dann stellt sich angesichts der geringen Korrelation zwischen klinischer Symptomatik und pathologischem Befund die Frage, welche Faktoren für den Umschlag vom normal-psychologischen ins pathologische Alter verantwortlich sind. Es könnte angenommen werden, daß es sich um dieselben Faktoren handelt, die oben als von entscheidender Bedeutung für die intellektuelle Leistungsfähigkeit im Alter beschrieben wurden.

Nimmt man dagegen an, daß es sich bei der senilen Demenz um eine qualitativ eigenständige Erkrankung mit genetischer Determination handelt, so bleibt die Frage zu beantworten, ob die vorgegebene genetische Determination von so großer Penetranz ist, daß sie unausweichlich zur Krankheit führt oder ob sie mehr im Sinne einer Disposition wirkt und erst in Verbindung mit anderen Faktoren gesundheitlicher, psychologischer und auch sozialer Art zur senilen Dekompensation führt? ZERBIN-RUDIN (223) nimmt an, daß es eine einzige Ursache für die Entwicklung einer senilen Demenz nicht gibt und daß insbesondere genetische Faktoren nicht eine andere verursachende Faktoren ausschließende Rolle spielen, sondern vielmehr eine multifaktorielle Genese anzunehmen ist.

#### 2.2.5.4.3. Bedeutung sozialer und sozialpsychologischer Faktoren

KENNEDY (89) wies darauf hin, daß junge und gesunde Menschen in einer Umgebung völliger sensorischer Deprivation rasch die Orientierung verlieren und psychotische Symptome entwickeln können. Im Alter gibt eine solche Isolierung Anlaß zu Desorientiertheit

und Auslösung von Verwirrheitszuständen. Auch LAUTER (105) hebt die Bedeutung von Faktoren der sozialen Isolation für die Entwicklung organisch bedingter Alterspsychosen hervor. Somit dürfte auch in der Diskussion um die Ätiopathogenese der Senilen Demenz Raum gegeben sein für andere als rein organische Faktoren. Dies insbesondere dann, wenn man einen fließenden Übergang vom Normalen zum Pathologischen hin annimmt. Dann gewinnen dieselben Faktoren, die sich ganz allgemein als bedeutungsvoll für die intellektuelle Leistungsfähigkeit im Alter erwiesen, an Bedeutung. Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand gilt es dann die Schichtzugehörigkeit wie auch Faktoren der sozialen Isolation und sozialpsychologische Momente zu berücksichtigen.

#### 2.2.5.4.4. Zusammenfassung

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit im Alter erwies sich als unabhängig vom chronologischen Alter. Sozialen und sozialpsychologischen Faktoren wird stattdessen heute erhebliche Bedeutung zugeschrieben. Auch bei der Senilen Demenz kann nicht mit einer einzigen Ursache gerechnet werden, sondern muß eine multifaktorielle Genese angenommen werden, wobei auch Faktoren sozialer Isolation von einiger Wichtigkeit zu sein scheinen.

#### 2.2.6. Kennzeichnung notwendiger Merkmalsbereiche

Wenn auch Faktoren sozialer Isolation, wie oben aufgezeigt wurde, in der Diskussion zur Ätiopathogenese psychischer Erkrankungen immer wieder große Bedeutung zugesprochen wird, so fehlt es doch, und auch dies sollte aus dem gegebenen Überblick deutlich werden, an gesicherten empirischen Kenntnissen. Insbesondere auf gerontopsychiatrischem Gebiet sind bisher wenig mehr als Vermutungen geäußert worden. Um so wichtiger erscheint es, die wesentlichsten mit sozialer Isolation im Zusammenhang stehenden Faktoren in einem Sozialdokumentationssystem aufzuführen, um damit die Möglichkeit zu geben, empirische Untersuchungen größerer Kollektive mit dem gleichen Instrumentarium vorzunehmen und so zu vergleichbaren Aussagen zu kommen.

Es soll daher an dieser Stelle kurz zusammengefaßt werden, welchen Teilfaktoren im Zusammenhang mit sozialer Isolation Bedeutung zukommt.

Ausgehend von den Begriffen 'Isolation' und 'Vereinsamung' sahen wir, daß regionale Unterschiede, Unterschiede zwischen Stadt und Land zu berücksichtigen sind. Von ganz ausschlaggebender Bedeutung erwies sich das Geschlecht und damit zusammenhängend Persenstand und Wohnform. Der Anzahl der Kinder und sonstiger Verwandter kam im Hinblick auf die gesellschaftliche Verflechtung der älteren Menschen große Wichtigkeit zu. Die qualitative wie auch quantitative Beziehung der Eltern zu den Kindern spielte dabei eine besondere Rolle. Die Bedeutung der Familienbezüge für den älteren Menschen zeigte sich abhängig davon, ob er noch berufstätig war oder nicht und welchen Beruf er ausübt bzw. ausübte. Darüber hinaus waren schichtspezifische Unterschiede festzustellen.

Das Ausmaß an Sozialkontakten ist abhängig von der räumlichen Distanz zwischen Eltern und Kindern bzw. sonstigen Verwandten. Die Intensität der Sozialbeziehungen zeigte sich abhängig von der Intensität der Partnerbeziehung, vom Sozialverhalten während des ganzen Lebens und vom gesundheitlichen Wohlbefinden. Auch wurde eine Abhängigkeit zwischen Familienkontakten und anderweitigen sozialen Beziehungen diskutiert. (Vereine, Klubs etc.)

Es wurde hervorgehoben, daß Isolation und Vereinsamung nicht als das Gleiche anzusehen sind. Bei der Vereinsamung kommt objektiven und subjektiven Gegebenheiten eine Bedeutung zu, wobei die jeweilige Persönlichkeitsstruktur von ganz ausschlaggebendem Gewicht ist. Jedoch wächst die Gefahr zu vereinsamen mit dem Alter wie auch mit den anderen Faktoren der Isolation. Mit dem Alter verbunden ist auch das, was als 'Desolation' bezeichnet wurde und 'Verlustereignisse' der verschiedensten Art kennzeichnen soll. Dabei kommt dem Ausmaß der Bindung an die verlorengegangene Person oder Sache und dem Zeitpunkt des Verlustes große Bedeutung zu. Es muß erwähnt werden, daß nicht nur der Verlust von Personen ältere Menschen in ihrem Gleichgewicht erschüttern kann, sondern auch Verluste anderer Art können ähnliches bewirken, so der Verlust der Arbeitstätigkeit, der sozioökonomischen Sicherheit, der Wohnung, des Ansehens etc.

- 2.2.7. Gegenüberstellung und Vergleich der Auswahl des Merkmalsbestandes des Ausgangsdokumentationssystems und der vorzuschlagenden Weiterentwicklung desselben.  
(s.a.S.181-185 )

Aus den theoretischen Erwägungen und der praktischen Erprobung des Dokumentationssystems ergeben sich auch hier für den Merkmalsbestand Ergänzungs- und Veränderungsvorschläge. Diese sollen in den folgenden Abschnitten aufgeführt und diskutiert werden.

### Sozialbeziehungen - Gegenüberstellung

Alt

Neu

#### Subjektive Dimension:

- |                                                                 |                                            |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. Einstellung zur Familie                                      | Einstellung zur Familie<br>(verändert)     |
| 2. Gründe gegen Zusammenwohnen                                  | Gründe gegen Zusammenwohnen<br>(verändert) |
| 3. Erleben des Alltags                                          | Erleben des Alltags<br>(verändert)         |
| 4. Selbstbeurteilung:<br>Außerberufliche Sozial-<br>beziehungen | - . - . - . -                              |

#### Objektive Dimension:

- |                                            |                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 5. Familienstand                           | - . - . - . -                              |
| 6. Objekt. Beurteilung des<br>soz. Milieus | Verlustereignisse<br>(verändert)           |
| 7. Sozialbeziehungen                       | Sozialbeziehungen<br>(unverändert)         |
| 8. Beschäftigungsformen                    | Beschäftigungsformen<br>(verändert)        |
|                                            | Räumliche Distanz (neu)                    |
|                                            | Intensität der Partner-<br>beziehung (neu) |

Die Gegenüberstellung zeigt, daß das bisher vorliegende Sozialdokumentationssystem insgesamt 8 Rubriken (unter Ausschluß des Anamnesebogens) mit Bezug auf die Sozialbeziehungen enthält. Diese 8 Rubriken sind auf drei Dokumentationsbögen verteilt (Sozialanamnese 2, 3, 4).

Aus den Veränderungswünschen ergeben sich ebenfalls 8 Merkmalsbereiche, die möglichst auf nur einem Dokumentationsbogen zusammengefaßt werden sollten. Es wird vorgeschlagen, einen Merkmalsbereich unverändert zu übernehmen (Nr. 7). Fünf Merkmalsbereiche werden für mehr oder weniger veränderungsbedürftig gehalten (Nr. 1, 2, 3, 4, 8) und zwei Merkmalsbereiche sollten neu hinzukommen (Räumliche Distanz; Intensität der Partnerbeziehung). Der Merkmalsbereich 'Selbstbeurteilung: Außerberufliche Sozialbeziehungen' findet keine Berücksichtigung mehr. Die Rubrik 'Familienstand' wird deshalb hier nicht erfaßt, weil sie bereits in den Bereich 'Wohnsituation' eingegliedert wurde.

Die Items 'Alter' und 'Geschlecht' sind selbstverständlich auch für die Sozialbeziehungen eines Individuums von Bedeutung. Sie sind im Kopfteil eines jeden Dokumentationsbogens aufgeführt. Eine Veränderung oder Ergänzung ist daher nicht notwendig.

#### 2.2.7.1. Diskussion der Veränderungsvorschläge

Die subjektive Dimension der sozialen Teilhabe älterer Menschen findet ihren Ausdruck in den Merkmalsbereichen 'Einstellung zur Familie', 'Gründe gegen Zusammenwohnen' und 'Erleben des Alltag'. Wie sich (s.S. 112/113) gezeigt hat, ist die Einstellung zur Familie unabhängig von der Entscheidung für oder gegen den gemeinsamen Haushalt. Die entsprechende Rubrik im alten Dokumentationssystem kann daher in dieser Form nicht beibehalten werden. Die Operationalisierung dieser Rubrik darf nicht zu differenziert sein, sondern muß wegen der oft divergierenden Gefühlseinstellung verschiedenen Familienmitgliedern gegenüber (z.B. zwei Kinder) im Globalen verbleiben. Die Glossaranweisung sollte den Kreis der zu berücksichtigenden Familienangehörigen und ihren jeweiligen Stellenwert genau beschreiben (z.B. Partner und Kinder - bei Nichtvorhandensein von Partner nur Kinder, bei Nichtvorhandensein von Kindern nur Partner oder Partner und Geschwister - bei Nichtvorhandensein von Partner und Kindern nur Geschwister etc.).

Die Wohnform, die ein Individuum gewählt hat, wird unter der Rubrik 'Wohnform' (Bogen Wohnungssituation) gekennzeichnet. Es muß daher nicht mehr dokumentiert werden, ob eine Person mit Familienangehörigen zusammenwohnt oder nicht. Bei den Gründen für das Nichtzusammenwohnen (das also von der Einstellung relativ unabhängig ist) ergibt sich aus der praktischen Erfahrung der Wunsch nach Einführung des Items 'Ablehnende Haltung der Kinder/ sonstiger Verwandter'.

Das subjektive 'Erleben des Alltags' ist ein Maß für die subjektive Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation, ihrer aktiven Gestaltungsmöglichkeit und der Teilhabe am sozialen Geschehen.

Die objektive Dimension der Sozialbeziehungen könnte in drei Merkmalsbereiche eingeteilt werden. Einmal müssen für Sozialbeziehungen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. So müssen überhaupt Bezugspersonen existieren, zu denen Beziehungen unterhalten werden können. Der zunehmende Verlust dieser Bezugspersonen ist ein besonderes Kennzeichen des Alterns und wie gezeigt wurde, auch eine erhebliche psychische Belastung. Die Erfassung 'derartiger Verlustereignisse' hat sich in erster Linie auf Personenverluste zu beziehen, jedoch sollten auch besondere Verlustereignisse anderer Art (und subjektiver Bedeutung) erfaßbar sein. Unter Verlust kann dabei jeweils Unterschiedliches verstanden werden, z.B. Tod, Scheidung, Trennung, Heirat eines Kindes etc.. Der berufliche Bereich besitzt für die zu untersuchende Personen-Gruppe im Hinblick auf Erfolgs- oder Mißerfolgserlebnisse zu wenig Aktualität; diese Items sollten deshalb herausgelassen werden.

Eine weitere Voraussetzung für regelmäßige Sozialkontakte ist eine nicht zu große räumliche Distanz zwischen den Bezugspersonen. Es sollte daher zumindest die Entfernung zum nächstwohnenden Kind (falls nicht vorhanden, anderer Verwandter) dokumentiert werden.

Eine zweite Seite der objektiven Dimension betrifft die Quantität der Sozialkontakte. Deren Erfassung gestattet die Rubrik 'Sozialbeziehungen'. Eine Veränderung dieser Rubrik ist nicht notwendig.

Die dritte Seite der objektiven Dimension betrifft die Qualität der Sozialkontakte. Diese Seite steht der subjektiven Beurteilung sehr nahe. Jedoch erscheint es notwendig, die subjektive Beurteilung durch ein objektives Maß zu ergänzen, da sich im Rahmen der Untersuchungssituation durch nicht wahrheitsgemäße, meist beschönigende Angaben evidente Diskrepanzen ergeben. Es sollte vorerst eine Beschränkung auf die Partnerbeziehung stattfinden, deren qualitätsmäßige Beurteilung freilich äußerst problematisch ist. Auf zwei Indikatoren wurde auf S. 114 hingewiesen: 1) die sexuelle Aktivität der Partner und 2) die Anzahl gemeinsamer Unternehmungen. Die Erhebung beider Bereiche dürfte bei einer gerontopsychiatrischen Population mit Schwierigkeiten verbunden sein, wobei insbesondere beim ersteren mit einer größeren Zahl nicht wahrheitsgemäßer Angaben zu rechnen sein dürfte. Andererseits zeigt die praktische Erfahrung doch, daß ein großer Teil der älteren Menschen bereit ist, offen über den sexuellen Bereich zu sprechen. Daher könnte man sich trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten für die Einbeziehung dieses Indikators in das Dokumentationssystem aussprechen. Es gibt nämlich nicht nur Auskunft über die Intensität und Qualität der Partnerbeziehung, sondern vermag auch bei nicht mehr vorhandenem Partner wichtige Hinweise auf Aktivität und Verhaltensweise in diesem wichtigen Antriebsbereich zu geben, der durch soziokulturell bedingte Auto- und Heterostereotype für den alten Menschen besondere Einschränkungen in sich trägt. Außerdem könnte damit ein Schritt zur weiteren Erforschung der Bedeutung der so häufigen sexuellen Inhalte paranoider Psychosen des höheren Lebensalters getan werden. Die Operationalisierung dieser Rubrik sollte sich beziehen auf die Häufigkeit des sexuellen Kontaktes, den Zeitpunkt der Aufgabe und die Gründe für die Aufgabe.

Die Häufigkeit spezifischer Aktivitäten wird in der Rubrik 'Beschäftigungsformen' erfaßt. Neben dem Austausch einzelner Items (z.B. Theater gegen Spazierengehen) ist hier eine Streichung der Alternativentscheidung 'spontan/nicht spontan' wünschenswert, denn diese war in der Praxis nur selten ohne ein übermäßiges Strapazieren der Wahrscheinlichkeit möglich. Das böte die Möglichkeit, auch an dieser Stelle eine grobe quantitative Schätzung der Aktivität in den einzelnen Bereichen einzuführen und

zwar im Vergleich 'früher' (d.h. vor der Pensionierung) und 'heute' (d.h. nach der Pensionierung). Denn wie auf S. 149 noch gezeigt wird, bringen Diskontinuitäten in den Aktivitäten Anpassungsprobleme mit sich, woraus leicht Unzufriedenheit resultieren kann.

Die Rubrik 'Selbstbeurteilung: Außerberufliche Sozialbeziehungen' wurde aus dem System herausgenommen, da diese Kategorie in der praktischen Erprobung erhebliche Probleme aufwarf. Bei der Dokumentation ergab sich nämlich die Schwierigkeit, die vielfältigen und sehr unterschiedlichen Angaben in den verschiedensten Rollen erfassen, verdichten und in ihrer Gesamtheit beurteilen zu müssen. Auf diesem Wege wird aus der Selbstbeurteilung doch wieder eine Beurteilung durch den Untersucher. Insbesondere die Abschätzung der 'Belastung' und der 'inneren Anteilnahme' erwies sich als so schwierig, daß eine gewisse Willkürlichkeit bei der Markierung nicht auszuschließen war. Es ist leicht vorstellbar, daß Schwierigkeiten schon bei der Dokumentation der Erhebung in nur einer einzigen Rolle auftauchen. Um wieviel mehr müssen diese Schwierigkeiten wachsen, wenn in einer einzigen Rubrik der Versuch unternommen werden soll, gleichzeitig mehrere Rollen zu dokumentieren. Wie FROST, HELMCHEN, HERMANN und KANOWSKI (57) schreiben, stößt die Dokumentation der Ergebnisse von Rollenanalysen z. Zt. noch auf Schwierigkeiten. Der Versuch, diese Schwierigkeiten mittels dieser Rubrik anzugehen, kann nicht als gelungen betrachtet werden.

Trotz der erheblichen Bedeutung, die der Persönlichkeitsstruktur für das Ausmaß sozialer Teilhabe zukommt, kann sie in diesem Rahmen keine Berücksichtigung finden. Statt dessen muß wohl die gesonderte Entwicklung eines Dokumentationssystems für diese wichtige Variable gefordert werden.

### 2.3. Gesundheit

Ausgangspunkt des theoretischen Teils dieser Arbeit war erstens die Annahme, daß der Gesundheitszustand im Alter keine reine Funktion des Alters ist und zweitens die Annahme, daß "das Erkrankungsrisiko ganz offensichtlich in systematischer Weise an den sozialen Status einer Person im System sozialer Ungleichheit

gebunden (ist)." (92) Die Unterscheidung zwischen gesund und krank ist insbesondere auf dem Gebiet der Psychiatrie mit vielen Problemen verknüpft. "Die vorherrschende psychiatrische Bestimmung ist klinischer Art, das heißt, Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit." (155, S.88) Gesundheit wird gleichgesetzt mit 'normal' und Krankheit mit 'anormal', auch wenn sich wie REDLICH schreibt, "die Frage nach normal oder anormal gewöhnlich als eine Frage nach gut und böse erweist." (155)

Es soll hier keine Problematisierung des Krankheitsbegriffes erfolgen. Nur soviel kann nach dem oben ausgeführten bereits gesagt werden: Gesundheit ist mehr als das Fehlen von Krankheit. Dem Gesundheitsbegriff der WHO entsprechend ist es ein "Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens." Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, auch im Rahmen eines gerontopsychiatrischen Dokumentationssystems über die Erfassung somatischer und psychopathologischer Auffälligkeiten hinaus die subjektive Einschätzung des individuellen Befindens zu berücksichtigen.

Hier ergeben sich jedoch große Schwierigkeiten, wie sie sich auf gerontopsychiatrischem Gebiet beispielsweise in der Auseinandersetzung zwischen 'Aktivitätstheorie' und 'Disengagementtheorie' auftraten. Ausgehend von einem 'Anpassungskonzept' der Gesundheit, wonach der Organismus, der sich bestimmten "gegen ihn gerichteten internen und externen Beanspruchungen, denen er ausgesetzt ist," nicht anpassen kann, Anzeichen von Krankheit bieten wird, wurde eine 'gelungene Anpassung' zum Indikator für Gesundheit im Alter. Auf die dabei auftauchenden Probleme wird weiter unten noch einzugehen sein.

Dem somatischen und psychopathologischen Aspekt von Krankheit wird im Rahmen dieses gerontopsychiatrischen Dokumentationssystems in anderen Arbeiten gesondert Rechnung getragen. An dieser Stelle hat daher der psychologische und soziale Aspekt Berücksichtigung zu finden, wobei die dialektische Verknüpfung all dieser Faktoren stets im Auge zu behalten sein wird.

Auf der subjektiven Ebene ist vor allem die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wichtig, da - entsprechend der 'kognitiven Theorie des Alterns' von THOMAE - hiervon ganz wesentlich auch das Gesundheitsverhalten der alten Menschen abhängt. Auf der objektiven Ebene gilt es eben dieses Gesundheitsverhalten zu ermitteln und als Anhaltspunkt für die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung die Pflege- und Hilfsbedürftigkeit des Patienten einzuschätzen.

### 2.3.1. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Die subjektive Beurteilung des gesundheitlichen Befindens hängt insgesamt von einem Faktorenbündel an, das das Vorhandensein von Krankheiten (meist chronischer Art), das Geschlecht und Alter, das Einkommen und die damit verbundene Wohnsituation, sowie die allgemeine Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation umfaßt.

Wie die Untersuchungen von LEHR und SCHMIDT-SCHERZER (110, 175) ergaben, schätzten nur 26% der Untersuchten ihre Gesundheit so ein, wie sie auch vom Arzt beurteilt wurde. 25% schätzten ihre Gesundheit schlechter und 49% besser ein als der Arzt. Grundlage für die Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes sind vor allem der Grad der körperlichen Beweglichkeit und der Beeinträchtigung sensorischer Funktionen. (4, 110, 185)

Wie die internationale Vergleichsstudie von SHANAS et al. (185) ergab, zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einschätzung des Gesundheitszustandes. Männer schätzten ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen. In dieser Tatsache, so wird angenommen, kommen soziokulturell bedingte Rollenerwartungen zum Ausdruck, in dem Sinne, daß von Männern eher erwartet wird, daß sie sich härter zeigen und weniger klagen als Frauen. (71, 110)

Die subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Wohlbefindens hat erheblichen Einfluß auf das gesamte Verhalten der älteren Menschen, mehr als der 'objektive' Gesundheitszustand. So konnte gezeigt werden, daß Personen, die sich gesünder fühlen, sich

auch als aktiver und unternehmungslustiger schilderten, sich anerkannt und bejaht fühlten, guter Stimmung und zufrieden mit dem Alltag waren. Je schlechter der Gesundheitszustand eingeschätzt wurde, desto geringer waren auch die Aktivitäten, um so stärker die Restriktionstendenzen in weiten Bereichen. Insgesamt zeigt sich die Wahrnehmung der eigenen gesundheitlichen Situation bestimmt "durch die biografische Gesamtsituation des Individuums: d.h. durch bisher lebenslange Erfahrungen, durch die Persönlichkeitsstruktur, durch innere und äußere Gegebenheiten der gegenwärtigen Lebenssituation mit ihren sozialen Zügen, wie auch nicht zuletzt durch Art und Ausmaß der individuellen Zukunftsorientierung." (110, S.280)

### 2.3.2. Lebenszufriedenheit

Als Teilaspekt des gesundheitlichen Wohlbefindens kann die subjektive Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation angesehen werden, bzw. gesundheitliches Befinden geht in Lebenszufriedenheit ein, ist eine wichtige Teilvariable der Lebenszufriedenheit. Diese kann demzufolge auch als Indikator für die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes angesehen werden. Es besteht hier also eine wechselseitige Abhängigkeit. Wie die Untersuchungen von THOMPSON und STREIB (208) ergaben, ist der Gesundheitszustand ein entscheidender Parameter in der Beurteilung der ganzen Lebenssituation. Ein guter Gesundheitszustand trägt wesentlich zur günstigen Beurteilung der derzeitigen Lebenssituation bei, während im Rahmen einer günstigen Beurteilung der Gesamtsituation auch wieder der Gesundheitszustand günstiger beurteilt wird.

Welche Faktoren beeinflussen nun die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Lebenssituation und damit auch dem Gesundheitszustand und seiner subjektiven Beurteilung?

Diese Frage hat in der gerontologischen Forschung der letzten zwei Jahrzehnte eine überragende Rolle gespielt und in der Auseinandersetzung zwischen zwei theoretischen Ansätzen, die als 'Aktivitätstheorie' und 'Disengagementtheorie' bekannt wurden, ihren Ausdruck gefunden. (38, 70, 110, 121, 167, 198, 200, 205, 210)

Dabei wurde in der 'subjektiven Lebenszufriedenheit' ein Indikator für "erfolgreiches Altern" und "gelungene Anpassung" gesehen. (70, 71) Skalen zur Messung der Lebenszufriedenheit wurden entwickelt. (38) Zahlreiche Untersuchungen wurden vorgenommen, jedoch hat keine dieser Untersuchungen alle Dimensionen des Anpassungsprozesses umfaßt, da bisher z.B. "nur Personen mit guter Gesundheit, eine bestimmte Schicht, Personen eines Landes usw. untersucht wurden ... Nicht einbezogen in ausreichendem Maße wurde bisher zumeist die Lebensgeschichte der einzelnen Individuen." (200, S.98)

Die stärkere Berücksichtigung individueller, persönlichkeits-spezifischer Momente führte zur Veränderung der ursprünglichen theoretischen Konzepte und ließ HAVIGHURST (70) schließlich annehmen: "Meiner Ansicht nach ist Zufriedenheit mit dem Leben bei den einen eng mit der Gelegenheit aktiv zu sein verbunden, bei anderen Menschen dagegen mit dem Vorgang des Disengagements. Ein Mensch mit einem aktiven, leistungsbetonten, nach außen gerichteten Lebensstil wird am ehesten dann zufrieden sein, wenn er in dieser Art mit möglichst geringen Änderungen bis ins hohe Alter hinein fortfahren kann. Andere, die einen eher passiven Lebensstil haben, werden am ehesten im Zustand des Disengagement zufriedengestellt werden." (S.569/570)

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit nach Diskontinuitäten, Sprüngen und Brüchen in der Lebensentwicklung zu suchen, die einen bis dahin gepflegten Lebensstil entscheidend beeinflussen und verändern und ein Höchstmaß an Flexibilität in der Reaktion des Betroffenen verlangen. Daß solche Diskontinuitäten (Rollenverluste, Verlust der wirtschaftlichen Sicherheit, der Gesundheit etc.) Kristallisationspunkte der Unzufriedenheit sind, erscheint einsichtig. Diskontinuitäten in den Aktivitäten bringen Anpassungsprobleme mit sich und aus nicht geglückter Anpassung resultiert leicht Unzufriedenheit. "Die Wahrscheinlichkeit einer Beziehung zwischen Diskontinuität der Lebenssituation und Unzufriedenheit dürfte hoch sein." (200, S.121)

Aber nicht nur persönlichkeits- sondern auch geschlechts- und schichtspezifische Faktoren sind für die subjektive Lebenszu-

friedenheit von ausschlaggebender Bedeutung. Wie die Untersuchungen von TALLMER und KUTNER (198) ergaben, sind Geschlechtszugehörigkeit, Familienstand, Berufstätigkeit, Höhe des Einkommens und sozioökonomischer Status für die individuelle Reaktion wichtige Parameter.

Es kann also festgestellt werden, daß die subjektive Lebenszufriedenheit abhängig ist von der Geschlechts- und Schichtzugehörigkeit, der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur, dem Lebensstil und eventuellen Diskontinuitäten in der Lebenssituation des Individuums.

Die Messung der subjektiven Lebenszufriedenheit wirft methodologische Probleme auf. Dabei geht es vor allem um die Frage, was gemessen werden soll. Die Auswahl der zu messenden Lebensbereiche ist abhängig von der Wertung und Gewichtung des Forschers. In diesem Zusammenhang hat die Aktivitätstheorie wie auch die Disengagementtheorie heftige Kritik erfahren müssen. (167, 200) Die Wertgeladenheit ihrer zentralen Begriffe und der Ideologiegelalt der Konzepte wurden besonders herausgestellt. Diese konzeptuellen Unzulänglichkeiten spiegeln sich selbstverständlich auch in den Meßinstrumenten wider. Um bei der Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit derartige methodologischen Probleme möglichst klein zu halten, wird vorgeschlagen, sich in einem Sozialdokumentationssystem darauf zu beschränken, die Zufriedenheit in einigen wenigen Lebensbereichen zu erfassen, ohne jedoch eine Gewichtung und Zusammenfassung vorzunehmen. Neben der Einschätzung des Gesundheitszustandes sollte erfaßt werden die Zufriedenheit mit der materiellen Situation, der Wohnsituation, der sozialen Teilhabe und gegebenenfalls dem Beruf. Zusätzlich sollte eine globale Beurteilung der Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation vorgenommen werden.

Neben dieser direkten Dokumentation subjektiver Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen und der gesamten Lebenssituation, kann eine indirekte durch Erfassung der Zukunftseinstellung vorgenommen werden. Nach den Untersuchungen von SCHREINER (181) sind die Zukunftsgedanken älterer Menschen in ihrer Thematik von der Unzufriedenheit und/oder Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen der augenblicklichen Situation bestimmt. Welchen

Raum dabei die Sorge um den Gesundheitszustand einnimmt, geht aus den Untersuchungen von BLUME (20) hervor. Er stellte fest, daß 90% der über 65 jährigen die "Hauptschwierigkeiten des Alters in dem sich stetig verschlechternden Gesundheitszustand sehen."

Die Zukunftseinstellung des alten Menschen als Indikator für seinen Gesundheitszustand, seine affektive Gestimmtheit und seine Lebenszufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen könnte daher zurecht Eingang in ein Sozialdokumentationssystem finden.

### 2.3.3. Gesundheitsverhalten

Wie PFLANZ, PINDING, ARMBRUSTER und TÖRÖK (143) zeigen, kann das Gesundheitsverhalten nicht als ein einheitliches Verhalten angesehen werden, sondern es wird von verschiedenen untereinander nur lose in Verbindung stehenden Parametern beeinflusst. Eine Reihe von Entscheidungsschritten geht dem Weg zum Arzt - als einem wesentlichen Aspekt des Gesundheitsverhaltens voraus. (125) Jeder einzelne dieser Entscheidungsschritte ist durch vielfache Faktoren beeinflussbar. Neben Differenzen im Gesundheitsverhalten nach Schicht- und Einkommensverhältnissen, Geschlecht, Alter, Wohnort u.a. sind vor allem subjektive Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung. (142, 200) Nach PFLANZ (142) ist das Gesundheitsverhalten "eher von unbewußten Motiven und irrationalen Entscheidungen als von rationalen Überlegungen abhängig." Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes mit eben diesen irrationalen und vom "Laienkommunikationssystem" beeinflussten Momenten steht ganz am Anfang der Entscheidungskette auf dem Weg zum Arzt. (125) Sie ist nach den Untersuchungen von BLUME (22) als ein ganz entscheidender Parameter anzusehen und bestimmt wesentlich das Gesundheitsverhalten. Dabei ist insbesondere bei älteren Menschen zu berücksichtigen, daß die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes bezogen wird auf die jeweils entsprechende Altersgruppe. So neigen z.B. die über 80 jährigen - als gesundheitliche Auslese - eher dazu, ihren Gesundheitszustand besser einzuschätzen als Menschen jüngerer Altersgruppen, weil ihre Altersgenossen meist schon tot oder institutionalisiert sind. (4, 185) Dies könnte auch die Untersuchungsergebnisse von BLUME (20) erklären, der feststellte, daß mit steigendem Alter

die Beanspruchung ärztlicher Hilfe abnimmt und zwar gradlinig von Altersstufe zu Altersstufe. Dabei zeigten sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Diese Befunde konnte BLUME in der Berliner Erhebung 1974 jedoch nicht bestätigen. (22) Er fand hier keine Altersabhängigkeit der ärztlichen Konsultation und auch der Einfluß des Geschlechtstfaktors war nur gering. Frauen nahmen nur geringfügig häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer. Nach dieser Untersuchung konsultieren - unabhängig vom Alter - 4% der über 65 jährigen Männer nie einen Arzt. Bei den Frauen steigt dieser Prozentsatz mit zunehmendem Alter von 3% auf 7% (22).

Ein wesentlicher Aspekt des Gesundheitsverhaltens ist sicherlich auch die Erfahrung, die der einzelne mit dem bestehenden Versorgungssystem gemacht hat. So weist TEWS (200) darauf hin, daß z.B. die Behandlung älterer Personen unerschwellig anders verläuft, weil sie von der Überzeugung getragen wird, daß sie ohnehin nicht mehr lange zu leben haben. Er sieht es auch als erwiesen an, daß medizinische Institutionen in ihrem Verhalten (d.h. Ärzte, Pflegekräfte etc.) von Schicht- und Einkommensverhältnissen beeinflußt werden. Besondere Bedeutung kommt der Versorgungssituation im ambulanten Bereich zu. Diese ist, wie HIPPIUS und KANOWSKI (76) ausführten, gerade für psychisch Alterskranke derzeit "extrem ungünstig". Insbesondere die vielfältigen sozialen Probleme der älteren Menschen werden im ambulanten Bereich meist nur ungenügend berücksichtigt.

Will man also in einem gerontopsychiatrischen Sozialdokumentationssystem dem Gesundheitsverhalten als wesentlicher Variabler innerhalb der Dimension Gesundheitszustand Rechnung tragen, dann erscheint es auch notwendig, die vom Patienten im Versorgungssystem gemachten Erfahrungen zu berücksichtigen und dabei über die Registrierung etwaiger Krankenhausaufenthalte hinauszugehen und dem ambulanten Versorgungssektor verstärkte Beachtung zu schenken. Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen wäre dann ebenso zu erfassen wie die Art der erfahrenen Behandlung, z.B. medikamentöse Therapie, Psychotherapie, Soziotherapie und die Zufriedenheit mit dieser Behandlung.

#### 2.3.4. Pflege- und Hilfsbedürftigkeit

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als wesentlicher Faktor des Gesundheitsverhaltens ist in erheblichem Umfang auch von vorhandenen körperlichen Beschwerden abhängig. (4, 22, 110, 185) Wieweit das Verhalten durch das Ausmaß dieser Beschwerden bestimmt ist, zeigt die Berliner Erhebung von BLUME. (22) Danach nehmen pflegebedürftige Männer zu 42% mehrmals pro Monat und zu 22% sogar mehrmals pro Woche ärztliche Hilfe in Anspruch. (Pflegebedürftigkeit definiert als notwendige Hilfe bei der Körperpflege: Waschen, Baden, Fußpflege, Anziehen etc.) Die entsprechenden Werte für die nicht pflegebedürftigen Männer betrugen 20% : 3%. Von den pflegebedürftigen Frauen beanspruchten 47% mehrmals pro Monat und 12% mehrmals pro Woche ärztliche Hilfe, (nicht pflegebedürftige Frauen: 20% : 4%). Die Häufigkeit der ärztlichen Konsultation gibt somit auch einen Anhaltspunkt für die Schwere eines Pflegefalles.

Wie BLUME bei seiner Untersuchung weiter fand, sind etwa 24% der Männer und 29% der Frauen pflegebedürftig, wobei der Anteil der erhöht pflegebedürftigen geschlechtsunabhängig nach Untersuchungen in anderen Großstädten bei durchschnittlich 7% liegt. Die Pflegebedürftigen gehören vorzugsweise zu den Einkommensschwachen. Eine Altersabhängigkeit konnte BLUME nicht nachweisen. Die größte Pflegebedürftigkeit liegt bei zeitweiser oder andauernder Bettlägerigkeit vor. Nach der internationalen Vergleichsstudie von SHANAS et al. (185) sind 2-3% der über 65 jährigen beständig bettlägerig. Welchen Einfluß die Pflegebedürftigkeit auf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes hat, zeigt sich in der Untersuchung von BLUME (22) deutlich: 84% der pflegebedürftigen Männer und 86% der pflegebedürftigen Frauen beurteilten ihr körperliches Befinden als schlecht oder sehr schlecht.

Der Begriff der 'Hilfsbedürftigkeit' geht über den der 'Pflegebedürftigkeit' hinaus. Er beinhaltet, inwieweit eine somatische, psychische oder/und soziale Beeinträchtigung des gesundheitlichen Befindens zu einer Einschränkung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit eines Individuums führt und es von fremder Hilfe abhängig macht. Die Rubrik 'Hilfsbedürftigkeit' im vorliegenden Sozialdokumentationssystem ist inhaltlich einseitig auf eine

körperliche Behinderung abgestellt und entspricht eher dem, was man unter 'Pflegebedürftigkeit' subsummieren könnte, was auch deutlich aus den Glossaranweisung (S. 14) entnommen werden kann. Danach besteht völlige Hilflosigkeit dann, "wenn der Patient bei den täglichen Verrichtungen im Haushalt und in der Körperpflege ausschließlich auf fremde Hilfe angewiesen ist." Hilfsbedürftigkeit gerade bei gerontopsychiatrischen Patienten kann mit einer solchen Definition keinesfalls hinreichend erfaßt werden, wie sich auch bei der praktischen Erprobung des Dokumentationssystems zeigte. Patienten mit funktionellen Erkrankungen können in bestimmten sozialen Bereichen hilfsbedürftig sein, sogar unter Pflegschaft stehen ohne daß sie mit dem derzeitigen Itemsbestand als hilfsbedürftig erfaßt werden können.

Es bedarf also sowohl einer Erweiterung des Merkmalsbestandes als auch einer Erweiterung der Definitionen und Anleitungen im Glossar.

#### 2.3.5. Kennzeichnung notwendiger Merkmalsbereiche

Bei der Erfassung des Gesundheitszustandes gilt es, körperliche, seelische und soziale Aspekte zu berücksichtigen. Die Verknüpfung dieser Faktoren ist stets im Auge zu behalten. So hat der körperliche Gesundheitszustand erheblichen Einfluß auf die subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Befindens. Dies zeigt sich insbesondere dort, wo eine erhöhte Pflege- und Hilfsbedürftigkeit festzustellen ist. Ein Anhaltspunkt für die Schwere eines Pflegefalles ist in der Häufigkeit der ärztlichen Konsultation gegeben. Während Alter und Geschlecht hier nicht von entscheidendem Einfluß zu sein scheinen, läßt sich eine deutliche Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Pflegebedürftigkeit herstellen.

Andererseits ist die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, die Abhängigkeit z.B. vom sozioökonomischen Status, Geschlecht und Alter aufweist, wiederum von entscheidender Bedeutung für das Gesundheitsverhalten eines Menschen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nur eine Teilvariable der allgemeinen Lebenszufriedenheit ist, welche in enger Beziehung zur Persönlichkeitsstruktur

und zur biographischen Gesamtsituation eines Individuums steht. Diskontinuitäten im Lebensstil sind Kristallisationspunkte der Unzufriedenheit, wobei gerade im Alter Verlustsituationen der verschiedensten Art wahrscheinlicher und die Möglichkeiten zur Kompensation geringer werden. So kommt der Erfassung von Diskontinuitäten bzw. Unzufriedenheit im Bereich der materiellen Situation, der Wohnsituation, der sozialen Teilhabe und gegebenenfalls dem Beruf besondere Bedeutung zu. Eine direkte Erfassung der Lebenszufriedenheit durch Dokumentation der Zukunftseinstellung in verschiedenen Bereichen kann eine hilfreiche Ergänzung sein.

Hat die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes Einfluß auf das Gesundheitsverhalten, so hat dieses wiederum direkte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Neben Faktoren wie Alter, Geschlecht, Wohnort, sozioökonomischer Status u.a., die das Gesundheitsverhalten prägen, sind auch die individuell gemachten Erfahrungen im Versorgungssystem von rückkoppelnder Wirkung. Die Häufigkeit und Art ambulanter und klinischer Behandlungen sind deshalb ebenso zu registrieren wie die Zufriedenheit mit diesen Erfahrungen.

- 2.3.6. Gegenüberstellung und Vergleich der Auswahl des Merkmalsbestandes des Ausgangsdokumentationssystems und der vorzuschlagenden Weiterentwicklung desselben.  
(s.a.S. 186-190)

Auch im Bereich 'Gesundheit' ergeben sich aus der praktischen Erprobung und den theoretischen Überlegungen Ergänzungs- und Veränderungsvorschläge hinsichtlich des Merkmalsbestandes. Diese sollen hier aufgeführt und diskutiert werden.

# Gesundheit - Gegenüberstellung

Alt

Neu

## Subjektive Dimension:

- |                                                           |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. Subjektiv angenommene krankheitsfördernde Umwelteinfl. | Subjektiv angenommene krankheitsfördernde Umwelteinflüsse (verändert) |
| 2. Grad der Adaptation                                    | Subjektives Alterserleben (verändert)                                 |
| 3. Zukunftswünsche betreffen                              | Zukunftseinstellung (verändert)                                       |
| 4. Zukunftswünsche behindert                              | - . - . - . -                                                         |

## Objektive Dimension:

- |                                 |                                          |
|---------------------------------|------------------------------------------|
| 5. Veranlassung d.Hospitalisat. | Veranlassung d.Hospitalisat. (verändert) |
| 6. Hilfsbedürftigkeit           | Hilfsbedürftigkeit (verändert)           |
| 7.Frühere Aufenthalte in Kr.    | Frühere Aufenthalte in Kr. (verändert)   |
|                                 | Gesundheitsverhalten (neu)               |

Die Gegenüberstellung zeigt, daß das praktisch erprobte und hier zur Diskussion stehende Sozialdokumentationssystem insgesamt 7 Merkmalsbereiche (unter Ausschluß des Anamnesebogens) mit Bezug auf die 'Gesundheit' enthält. Diese 7 Rubriken sind auf 2 Dokumentationsbögen verteilt.

Aus den Veränderungswünschen ergeben sich ebenfalls 7 Rubriken, die möglichst auf nur einem Bogen zusammengefaßt werden sollten.

Sechs Rubriken (Nr. 1,2,3,5,6,7) werden für mehr oder weniger veränderungsbedürftig gehalten, eine Rubrik sollte neu eingeführt werden. Die Rubrik 'Zukunftswünsche behindert durch' findet keine Berücksichtigung mehr.

### 2.3.6.1. Diskussion der Veränderungsvorschläge

Die subjektive Dimension des gesundheitlichen Befindens wird erfaßt in den Rubriken 'Subjektives Alterserleben', 'Zukunftseinstellungen' und 'subjektiv angenommene krankheitsfördernde Umwelteinflüsse'. Das subjektive Alterserleben beinhaltet eine direkte und eine indirekte Beurteilung des Gesundheitszustandes. Es erscheint wichtig, die subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Befindens in direkter Form zu dokumentieren, da - wie sich zeigte - Hinweise dafür vorliegen, daß ärztliche und subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes differieren. Aus Gründen der leichteren Vergleichbarkeit zwischen objektiver und subjektiver Einschätzung sollte der gleiche Maßstab verwendet werden. (s. Anhang, Belegbogen Somatischer Befund, Körperlicher Gesundheitszustand global)

Die Annahme, daß das subjektive Erleben von Krankheit mit dem subjektiven Erleben von Alter verbunden ist, hat sich durch die bisherigen empirischen Untersuchungen nicht einheitlich bestätigen lassen. Es erscheint daher nicht gerechtfertigt, die subjektive Alterseinschätzung als Maß für die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes einzusetzen. Die gleichzeitige Dokumentation von direkter und indirekter Einschätzung in einem Dokumentationssystem böte aber die Möglichkeit einer Klärung der bisher umstrittenen Frage.

Es wird weiter vorgeschlagen, die globale Beurteilung der 'Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation' an die Stelle der Rubrik 'Grad der Adaptation an das objektive Alter' zu setzen, da diese sich in der praktischen Erprobung als unzulänglich erwies.

Der Merkmalsbereich 'Subjektiv angenommene krankheitsfördernde Umwelteinflüsse' vermag im Einzelfall wertvolle Hinweise auf als subjektiv belastend empfundene Lebensbereiche zu geben. Hier wäre die Einführung des Items 'Wohnsituation' notwendig. Die Zukunftseinstellung eines Menschen in seinen formalen und inhaltlichen Aspekten kann als Indikator für seinen Gesundheitszustand, seine affektive Gestimmtheit und seine Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen angesehen werden. Die Operationalisie-

rung hätte die gefühlsmäßige Tönung, die den Zukunftserwartungen anhaftet (negativ/indifferent positiv) zunächst zu berücksichtigen. Dann könnten die inhaltlichen Aspekte dokumentiert werden, wobei es wünschenswert wäre, wenn die so häufigen Todeswünsche erfaßt werden könnten. Es erscheint überflüssig zu dokumentieren, wodurch der ältere Mensch seine Zukunftserwartungen behindert sieht, weil dadurch wesentliche zusätzliche Erkenntnisse nicht zu gewinnen sind.

Die objektive Dimension der Gesundheit findet Ausdruck im 'Gesundheitsverhalten' und der 'Hilfsbedürftigkeit'. Die Erfassung des Gesundheitsverhaltens gibt Einblick in die Verhaltensweisen des Patienten im ambulanten Versorgungsbereich. Hier wäre regelmäßige bzw. unregelmäßige ärztliche Betreuung zu dokumentieren und darüberhinaus der Zeitraum, in welchem der letzte Arztbesuch stattfand. (Wünschenswert wäre allerdings auch die Erfassung der Art der erfahrenen Behandlung und die Zufriedenheit mit ihr, was aus Platzgründen jedoch leider nicht möglich ist.)

Im Merkmalsbereich 'Hilfsbedürftigkeit' ergaben sich erhebliche Änderungswünsche auf Grund der bereits früher (S. 44 ff) aufgeführten Unzulänglichkeiten. Es wird eine Einteilung in die vier Bereiche Bettlägerigkeit/Körperpflege/Haushalt/weitere soziale Angelegenheiten vorgeschlagen und in Anlehnung an BERGENER eine einfache dreigestufte Skalierung empfohlen. Eine direkte Übernahme der Einteilung von BERGENER (15, 16) erscheint nicht angebracht, da auch dort der Begriff der Hilfsbedürftigkeit nicht voll erfaßt, sondern mehr auf den engeren Begriff der Pflegebedürftigkeit eingestellt wird.

Die Erfassung früherer Krankenhausaufenthalte in der gleichnamigen Rubrik ist ohne große Schwierigkeiten möglich, so daß hier nur geringe Änderungen hinsichtlich der zeitlichen Einteilung wünschenswert wären.

Die Hospitalisation ist für einen alten Menschen eine einschneidende Maßnahme mit oft schwerwiegenden Folgen. Es ist daher berechtigt, die formalen und inhaltlichen Aspekte der Hospitalisation in einem Dokumentationssystem zu erfassen. Allerdings

bedürfte die Glossaranweisung zur Rubrik 'Veranlassung der Hospitalisation' im vorliegenden Dokumentationssystem einer Veränderung. Zunächst müßte genauer definiert werden, was als 'freiwillig' und 'unfreiwillig' anzusehen ist. Soll es sich dabei um eine gesetzlich genormte Kategorie handeln oder soll hier die Einstellung des Patienten zur Hospitalisierung zum Ausdruck kommen? Weiter wäre festzulegen, welches Glied in der Einweisungskette z. B. bei Zwangsunterbringung dokumentiert werden soll, d.h. zum Beispiel die das Gesundheitsamt informierenden Angehörigen oder das Gesundheitsamt selbst?

Eine Ergänzung dieser Rubrik erschiene wünschenswert, einmal um die Einstellung des Patienten zur Hospitalisierung zum Ausdruck zu bringen (sofern freiwillig/unfreiwillig als gesetzliche Kategorie betrachtet wird) und zum anderen um mehr über die Gründe, die zur Einweisung Anlaß gaben, zu erfahren. Bei der Dokumentation der zur Einweisung führenden Gründe kann natürlich nur eine sehr grobe Klassifikation vorgenommen werden, wie etwa von ERNST und EGLOFF (53): Hilfsbedürftigkeit/Störendes Verhalten/Gefährlichkeit.

#### IV. Schlußfolgerungen

##### 1. Neuordnung des Sozialdokumentationssystems

###### 1.1. Vorschläge zur Veränderung des Anamnesebogens (Basis-Dokumentation)

Da einem Anamnesebogen immer eine recht große Zahl demographischer Daten zugehören, die notwendigerweise auch in einem Sozialdokumentationssystem enthalten sein müssen, wurde es angestrebt, den Anamnesebogen so zu konzipieren, daß er zumindest teilweise in seinen Merkmalsbereichen auf das Sozialdokumentationssystem abgestimmt ist und die Daten des Anamnesebogens und des Sozialdokumentationssystems aufeinander projizierbar sind.

Vorschläge zur Veränderung des Anamnesebogens betreffen formale und inhaltliche Aspekte. Wie schon früher ausgeführt wurde, ist die räumliche Gestaltung des Anamnesebogens unbefriedigend. Es wird daher vorgeschlagen, den Zusammenhang zwischen Anamnesebogen und Sozialdokumentationssystem auch durch die äußere Gestaltung des Bogens auszudrücken und ihn entsprechend den Belegbögen des Sozialdokumentationssystems aufzubauen.

Die inhaltlichen Aspekte betreffen die Auswahl des Merkmalsbestandes. Diese Auswahl ist abhängig von der Aufgabe, die der Anamnesebogen erfüllen soll und der Stellung, die ihm im gesamten Dokumentationssystem zugeschrieben wird.

Veränderungsvorschläge ergeben sich aus folgenden Überlegungen. Erstens sollte der Anamnesebogen unabhängig vom Sozialdokumentationssystem benutzbar sein. Er sollte aber dennoch im Zusammenhang mit dem Sozialdokumentationssystem entwickelt werden und eine sinnvolle Ergänzung des Sozialdokumentationssystems sein. Die auf dem Anamnesebogen erscheinenden Sozialdaten sollten gezielt ausgewählt die wichtigsten im Sozialdokumentationssystem erfaßten Merkmalsbereiche darstellen. Das böte die Möglichkeit, den Anamnesebogen als Ergänzung zu den einzelnen Belegbögen des veränderten Sozialdokumentationssystems zu benutzen. Ferner sollte eine weitgehende Projizierbarkeit der Daten gewährleistet sein.

Ausgehend von diesen Überlegungen wird vorgeschlagen, die Rubriken 'Familienstand', 'Höhe des Einkommens', 'Beruf des Patienten', 'Beruf des Partners', 'Jetziger Wohnort' und 'Wohnform' in den Anamnesebogen einzubeziehen. Diese Rubriken sollten so operationalisiert sein, daß eine direkte Vergleichbarkeit mit den entsprechenden Rubriken des Sozialdokumentationssystems gewährleistet ist. Die Skalen 'Soziale Anpassung' und 'Akt. Beschäftigungsgrad' können übernommen werden. Eine Ergänzung der Glossaranweisungen dieser Merkmalsbereiche ist jedoch unbedingt notwendig.

Der neue Anamnesebogen würde demnach im Vergleich zum alten inhaltlich verändert und wie folgt aussehen:

| <u>Alt</u>                           | <u>Neu</u>                                                  |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Zivilstand                        | Familienstand (neu)                                         |
| 2. Geschwister                       |                                                             |
| 3. Jetziger Wohnort                  | Jetziger Wohnort (unverändert)                              |
| 4. Schulbildung                      | - . - . - . -                                               |
| 5. Berufsausbildung                  | - . - . - . -                                               |
| 6. Beruf                             | Beruf des Patienten (verändert)<br>Beruf des Partners (neu) |
| 7. Einkommen/Vermögen                | Höhe des Einkommens (neu)                                   |
| 8. Aktuelle Soziale Situat.          | Wohnform (verändert)                                        |
| 9. Aktueller Beschäftigungs-<br>grad | Aktueller Beschäftigungsgrad<br>(unverändert)               |
| 10. Soziale Anpassung                | Soziale Anpassung (unverändert)                             |
| 11. Krankheitsanamnese               | Krankheitsanamnese (verändert)                              |

Dieser neu entworfene Anamnesebogen gewährleistet einen sinnvollen und einfachen Gebrauch des gesamten Dokumentationssystems. Er bietet darüberhinaus die Möglichkeit zur besseren Projizierbarkeit der Daten, da er im Zusammenhang mit dem Sozialdokumentationssystem entworfen und so konzipiert wurde, daß so weit wie möglich direkte Projizierbarkeit der Merkmalsbereiche des Anamnesebogens auf die entsprechenden des Sozial-

dokumentationssystems möglich ist. Die wichtigsten demographischen Daten, wie sie auf einem jeden Anamnesebogen vorhanden sein sollten, finden sich in direkter vergleichbarer Form in beiden Teilen, jedoch sind sie im umfangreicheren Sozialdokumentationssystem auf die einzelnen Belegbögen verstreut und auf dem Anamnesebogen zusammengefaßt. Dies wurde deshalb so angelegt, weil das Sozialdokumentationssystem in seinen einzelnen Teilen verwendbar sein sollte und der jeweils zur Anwendung kommende Teil (z.B. Belegbogen Gesundheit) seine Ergänzung dann im Anamnesebogen findet.

## 1.2. Aufbau des Sozialdokumentationssystems

Die bisher aus theoretisch-empirischen Zusammenhängen geleistete Ableitung eines Merkmalsbestandes diente der theoretischen Fundierung des Sozialdokumentationssystems und der Begründung der Auswahl des Merkmalsbestandes. Bei der Entwicklung eines solchen Sozialdokumentationssystems sind jedoch nicht nur theoretische, sondern auch praktische Erwägungen zu berücksichtigen. Im Bereich des klinischen Alltags muß es die Erhebung der wichtigsten Sozialdaten mit dem geringsten Aufwand ermöglichen. Darüberhinaus sollte es die Möglichkeit bieten, einzelnen Fragekomplexen gezielt nachzugehen, ohne gleich das ganze System benutzen zu müssen.

Es wird daher vorgeschlagen, ein solches System in Form eines 'Lose Blatt' Verfahrens aufzubauen. Die einzelnen Markierungsbelege sollten in sich geschlossen und auch einzeln verwendbar sein. Damit bestände die Möglichkeit aus dem ganzen Sozialdokumentationssystem nur einen Belegbogen herauszunehmen und eine gezielte Fragestellung zu untersuchen ohne daß man genötigt wäre, alle anderen Belegbögen des Systems mitzubেনutzen. Die Lösung ist eine Funktion der Auswahl und räumlichen Anordnung des Merkmalsbestandes. Das jetzige Sozialdokumentationssystem gewährleistet keine einfache Handhabung. Die verschiedensten Bereiche sind auf den einzelnen Bögen zusammengewürfelt. Man ist, auch wenn man sich dazu entschließen wollte nur bestimmte Rubriken, die z.B. im Zusammenhang mit 'Gesundheit' stehen, zu verwenden, gezwungen alle Belegbögen zu verwenden und sich in ihrer Anordnung einzuprägen, weil die einzelnen Rubriken eben

über alle Bögen des Systems verteilt sind. Das zugehörige Glossar ist natürlich ähnlich ungeordnet und es bedarf ständiger Blätterei, was zeitraubend und umständlich ist.

Da es Überschneidungen im Merkmalsbestand einzelner Sozialbereiche gibt, ist es notwendig einen Bogen zu erstellen, der einen gewissen Grundmerkmalsbestand, der für die verschiedensten Bereiche von Wichtigkeit ist, repräsentiert. Dies ist der Anamnesebogen. Die Kombination des Anamnesebogens mit einzelnen Belegbögen des Sozialdokumentationssystems bietet die Möglichkeit einer gezielten Untersuchung bestimmter Bereiche unter Benutzung von nur zwei Belegbögen. Ein solchermaßen aufgebautes Sozialdokumentationssystem ist äußerst flexibel und den Bedürfnissen weitgehend anpaßbar. Es bietet verschiedene abgestufte Gebrauchsmöglichkeiten.

1. Gebrauch nur des Anamnesebogens (z.B. auch zur Ergänzung der Basisdokumentation)
2. Gebrauch des Anamnesebogens zusammen mit einzelnen Belegbögen des Sozialdokumentationssystems
3. Gebrauch des Anamnesebogens zusammen mit allen Belegbögen des Sozialdokumentationssystems
4. Erweiterung des Sozialdokumentationssystems durch weitere bereichsspezifische Belegbögen
5. Ergänzung des Dokumentationssystems durch Zusatzinstrumente zur Untersuchung spezieller Fragestellungen.

Der Vorschlag zur Neuordnung des Sozialdokumentationssystems beschränkt sich unter Einschluß des Anamnesebogens auf fünf Markierungsbelege, um den Umfang des alten Dokumentationssystems nicht zu überschreiten. Auf den einzelnen Belegbögen werden die folgenden Sozialbereiche erfaßt:

- |              |   |                            |
|--------------|---|----------------------------|
| Belegbogen 1 | : | Anamnesebogen              |
| Belegbogen 2 | : | Sozioökonomische Situation |
| Belegbogen 3 | : | Wohnungssituation          |
| Belegbogen 4 | : | Sozialbeziehungen          |
| Belegbogen 5 | : | Gesundheit                 |

In den folgenden Abschnitten werden Merkmalsbestand, Operationalisierung der Merkmalsbereiche und Anordnung der einzelnen Belegbögen dargestellt.

### 1.3. Die Belegbögen - Merkmalsbestand, Operationalisierung und räumliche Anordnung

#### 1.3.1. Belegbogen: Anamnese

##### 1.3.1.1. Merkmalsbereiche

- a. Familienstand
- b. Beruf des Patienten/Beruf des Partners
- c. Höhe des Einkommens
- d. Wohnform
- e. Akt. Beschäftigungsgrad
- f. Soziale Anpassung
- g. Jetziger Wohnort
- h. Krankheitsanamnese

#### Operationalisierung der einzelnen Merkmalsbereiche

- a. Familienstand
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
  - ledig
  - verheiratet
  - getrennt
  - geschieden
  - verwitwet
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar

#### Zahl der Kinder

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- keine
- 1,2,3,4,5,6,7,8,9

#### Geschwister (einschließlich Patienten u. Halbgeschw.)

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- 1,2,3,4,5,6,7,8,9

Zwillinge

- ja
- nein
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Halbgeschwister

- ja
- nein
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

b. Beruf des Patienten/Beruf des Partners

- früher/jetzt
- Hausfrau
- selbständig
- Ltd. Beamter
- Beamter
- Ltd. Angestellter
- Angestellter
- Facharbeiter
- Arbeiter
- Landwirt
- im Ruhestand
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

c. Höhe des Einkommens

- kein Einkommen
- unter 200,- DM
- 201 - 300,- DM
- 301 - 450,- DM
- 451 - 600,- DM
- 601 - 1000,- DM
- über 1000,- DM
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

d. Wohnform

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

- wohnt allein
- nur mit Partner
- mit Partner und Kindern
- mit Kindern ohne Partner
- mit Bekannten
- Altenwohnheim
- Altenheim
- Altenpflegeheim
- Krankenhaus/Spital
- anderes

- e. Akt. Beschäftigungsgrad      - nicht erhoben  
                                         - nicht abklärbar
- im Beruf                      - volle Beschäftigung  
                                         - teilweise Beschäftigung  
                                         - keine Beschäftigung
  - außerhalb Beruf              - volle Beschäftigung  
                                         - teilweise Beschäftigung  
                                         - keine Beschäftigung

f. Soziale Anpassung

Selbständigkeitsgrad 1, 2, 3

- Qualität d. Sozial-  
    beziehung                      1, 2, 3
- Quantität d. Sozial-  
    beziehung                      1, 2, 3
- Globale soziale Anpassung      - gut  
                                         - befriedigend  
                                         - mittel  
                                         - schlecht  
                                         - unsicher
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

g. Jetziger Wohnort

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- Stadt über 100 000 Einwohnern
- Stadt unter 100 000 Einwohnern
- Land unter 10 000 Einwohnern

h. Krankheitsanamnese

Familiäre Belastung:

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- keine
- gleichartig
- andersartig

Frühere psychiatrische Erkrankungen

- keine
- sicher
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Diagnostische Zuordnung

- leicht
- mittel
- schwer

Residuen

- ja
- nein
- unsicher

Ersterkrankungsalter

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- 0-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-65,  
66-70, 71-80, 81-90, über 90

WHO - Diagnose

Frühere cerebral-org. Erkrankungen

- keine
- sicher
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Diagnostische Zuordnung

- leicht
- mittel
- schwer

Residuen

- ja
- nein
- unsicher

Ersterkrankungsalter

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- 0-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-65  
66-70, 71-80, 81-90, über 90

WHO - Diagnose

1.3.1.2. Räumliche Anordnung

| GERONTOPSYCHIATRIE:<br>ANAMNESE                                      |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|---|---------------|---|--------------|---|---|---|
| Archiv - Nr.                                                         |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Datum<br>d. Unter-<br>suchung                                        |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| FREMDANAMNESE : — erhoben — nicht erhoben                            |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| AKT. BESCHÄFTIGUNGSGRAD — nicht erh. — n. abkl.                      |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
|                                                                      |   | volle B                    |   | teilw. B      |   | keine B.     |   |   |   |
| Im Beruf                                                             |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Außerhalb Beruf                                                      |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| FAMILIENSTAND — nicht erhoben — nicht abkl.                          |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — ledig                                                              |   | — verheiratet              |   | — getrennt    |   | — geschieden |   |   |   |
| — verwitwet                                                          |   | — nicht erhoben            |   | — nicht abkl. |   |              |   |   |   |
| Zahl der Kinder — nicht erhoben — nicht abkl.                        |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| keine                                                                | 1 | 2                          | 3 | 4             | 5 | 6            | 7 | 8 | 9 |
| Geschwister (einschließlich Pat. + Halbgeschw.) — n. erh. — n. abkl. |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| 1                                                                    | 2 | 3                          | 4 | 5             | 6 | 7            | 8 | 9 |   |
| Zwillinge — ja — nein                                                |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — nicht erhoben                                                      |   | — nicht abklarbar          |   |               |   |              |   |   |   |
| Halbgeschwister — ja — nein                                          |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — nicht erhoben                                                      |   | — nicht abklarbar          |   |               |   |              |   |   |   |
| Beruf des....                                                        |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| ..... Patienten                                                      |   | ..... Partners             |   |               |   |              |   |   |   |
| früher                                                               |   | jetzt                      |   | früher        |   | jetzt        |   |   |   |
| Hausfrau                                                             |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Selbständig                                                          |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Ltd. Beamter                                                         |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Beamter                                                              |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Ltd. Angestellter                                                    |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Angestellter                                                         |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Facharbeiter                                                         |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Arbeiter                                                             |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Landwirt                                                             |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| im Ruhestand                                                         |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| nicht erhoben                                                        |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| nicht abklarbar                                                      |   | —                          |   | —             |   | —            |   |   |   |
| Höhe des Einkommens — kein Eink.                                     |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — unter 200                                                          |   | — 201 — 300                |   |               |   |              |   |   |   |
| — 301 — 450                                                          |   | — 451 — 600                |   |               |   |              |   |   |   |
| — 601 — 1000                                                         |   | — 1000                     |   |               |   |              |   |   |   |
| — nicht erhoben                                                      |   | — nicht abklarbar          |   |               |   |              |   |   |   |
| Wohnform — nicht erhoben — nicht abklarbar                           |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — wohnt allein                                                       |   | — nur mit Partner          |   |               |   |              |   |   |   |
| — mit Partner u. Kindern                                             |   | — mit Kindern ohne Partner |   |               |   |              |   |   |   |
| — mit Bekannten                                                      |   | — Altenwohnheim            |   |               |   |              |   |   |   |
| — Altenheim                                                          |   | — Altenpflegeheim          |   |               |   |              |   |   |   |
| — Krankenhaus / Spital                                               |   | — Anderes                  |   |               |   |              |   |   |   |
| Krankheitsanamnese                                                   |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Familiäre Belastung : — nicht erhoben — nicht abklarbar              |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — keine — gleichartig — andersartig                                  |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Frühere psychiatrische Erkrankungen ( nicht cerebral - org.)         |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — keine — sicher — nicht erhoben — nicht abkl.                       |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Diagnostische Zuordnung : — leicht — mittel — schwer                 |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Residuen : — ja — nein — unsicher                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Ersterkrankungsalter : — nicht erhoben — nicht abkl.                 |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| 0-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-65 66-70 71-80 81-90 >90             |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| WHO — DIAGNOSE                                                       |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| T                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| H                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Z                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| E                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Frühere cerebral - org. Erkrankungen                                 |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| — keine — sicher — nicht erhoben — nicht abkl.                       |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Diagnostische Zuordnung : — leicht — mittel — schwer                 |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Residuen — ja — nein — unsicher                                      |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Ersterkrankungsalter : — nicht erhoben — nicht abkl.                 |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| 0-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-65 66-70 71-80 81-90 >90             |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| WHO — DIAGNOSE                                                       |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| T                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| H                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| Z                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |
| E                                                                    |   |                            |   |               |   |              |   |   |   |

### 1.3.2. Belegbogen: Sozioökonomische Situation

#### 1.3.2.1. Merkmalsbereiche

- a. Einkommen und Vermögensverhältnisse
- b. Höhe des Einkommens
- c. Zunahme der wirtschaftlichen Belastung
- d. Zufriedenheit mit der materiellen Situation
- e. Beruf des Patienten/Beruf des Partners/  
Beruf des Vaters
- f. Schulbildung
- g. Berufsausbildung
- h. Art der Berufstätigkeit in den letzten 15 Jahren
- i. Zuletzt ausgeübter Beruf
- j. Selbstbeurteilung: Berufliche Situation
- k. Pensionierung
- l. Anzahl der Jahre seit Pensionierung

#### Operationalisierung der einzelnen Merkmalsbereiche

- a. Einkommen und Vermögensverhältnisse
  - Rente
  - Pension
  - Rente u. Sozialhilfe bzw. Fürsorgeunterstützung
  - nur Sozialhilfe
  - eigenes Vermögen
  - Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
  - Beihilfe von Kindern
  - anderes
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
- b. Höhe des Einkommens
  - kein Einkommen
  - unter 200,- DM
  - 201 - 300,- DM
  - 301 - 450,- DM
  - 451 - 600,- DM
  - 601 - 1000,- DM
  - über 1000,- DM
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar

c. Zunahme der wirtschaftlichen Belastung innerhalb

- keine
- des letzten 1/2 Jahres
- des letzten Jahres
- der letzten 1 - 2 Jahre
- der letzten 2 - 5 Jahre
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

d. Zufriedenheit mit der materiellen Situation

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

e. Beruf des Patienten/ ... Partners/ ... Vaters

- früher/jetzt
- Hausfrau
- selbständig
- Ltd. Beamter
- Beamter
- Ltd. Angestellter
- Angestellter
- Facharbeiter
- Arbeiter
- Landwirt
- im Ruhestand
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

f. Schulbildung

- keine
- Sonderschule
- Grundschule
- Mittelschule
- Gymnasium
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

g. Berufsausbildung

- keine
- angelernt
- Lehre mit/ohne Abschluß
- Fachschule
- Hochschule
- andere
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

h. Art der Berufstätigkeit

- langjährige körperliche Schwerarbeit
- langjährige Schichtarbeit
- langjährige Nachtarbeit
- langjährige Akkordarbeit
- langjährige repetitive Tätigkeit
- anderes
- keine
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

i. Zuletzt ausgeübter Beruf .

- In Ausbildungsniveau
- über Ausbildungsniveau
- unter Ausbildungsniveau
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

j. Selbstbeurteilung: Berufliche Situation

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Situation früher/heute zufriedenstellend

- sehr
- mittel
- gar nicht
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Belastung früher/heute

- gering

- ziemlich
- stark
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Innere Anteilnahme früher/heute

- keine
- mittel
- hoch
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

k. Pensionierung

- ja
- nein
- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- freiwillig
- unfreiwillig
- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- vorzeitig
- nicht vorzeitig
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

1. Anzahl der Jahre seit Pensionierung

- 1/2 Jahr
- 1 Jahr
- 1 - 2 Jahre
- 3 - 5 Jahre
- 6 - 10 Jahre
- über 10 Jahre
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

1.3.2.2. Räumliche Anordnung

|                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |        |       | SOZIALANAMNESE :<br>SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |        |       |                                                                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |        |       | <b>SCHULBILDUNG</b> <small>keine</small><br>— Sonderschule — Grundschole<br>— Mittelschule — Gymnasium<br>— andere — nicht erhoben — nicht abkl.                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |        |       | <b>BERUFS-AUSBILDUNG</b> <small>keine</small><br>— ausgebildet — Lehre m. Abschl. — Lehre o. Abschl.<br>— Fachschule — Hochschule<br>— andere — nicht erhoben — nicht abkl.                                               |  |
| <b>EINKOMMEN U. VERMOGENSVERHÄLTNISSE</b>                                                                                                                                                                                        |        |       |        |       | <b>ART DER BERUFSTÄTIGKEIT</b> i. d. 15 Jahren                                                                                                                                                                            |  |
| — Rente — Pension<br>— Rente u. Sozialhilfe bzw. Fürsorgeunterstützung<br>— nur Sozialhilfe — eigenes Vermögen<br>— Einkommen aus beruflicher Tätigkeit<br>— Beihilfe von Kindern — anderes<br>— nicht erhoben — nicht abklarbar |        |       |        |       | — langjährige körperliche Schwerarbeit<br>— langjährige Schichtarbeit — anderes<br>— langjährige Nacharbeit — nicht erhoben<br>— langjährige Akkordarbeit — nicht abklarbar<br>— langjährige repetitive Tätigkeit — keine |  |
| <b>HOHE DES EINKOMMENS</b>                                                                                                                                                                                                       |        |       |        |       | <b>ZULETZT AUSGEÜBTER BERUF</b>                                                                                                                                                                                           |  |
| — unter 200.- — 201 - 300 -<br>— 301 - 450.- — 451 - 600.-<br>— 601 - 1000.- — 1000.-<br>— nicht erhoben — nicht abklarbar                                                                                                       |        |       |        |       | — in Ausbildungsniveau<br>— über Ausbildungsniveau<br>— unter Ausbildungsniveau<br>— nicht erhoben — nicht abklarbar                                                                                                      |  |
| <b>ENTNAHME DER WIRTSCHAFTLICHEN BELASTUNG</b>                                                                                                                                                                                   |        |       |        |       | <b>SELBSTBEURTEILUNG : BERUFLICHE SITUATION</b>                                                                                                                                                                           |  |
| <b>INNERHALB</b>                                                                                                                                                                                                                 |        |       |        |       | — nicht erhoben — nicht abklarbar<br>Situation früher zufriedenstellend<br>— d. l. 1/2 Jahre — des letzten Jahres<br>— d. l. 1-2 Jahre — der letzten 2 - 5 J.<br>— nicht erhoben — nicht abklarbar                        |  |
| <b>UNFRIEDENHEIT MIT DER MATERIELLEN SITUATION</b>                                                                                                                                                                               |        |       |        |       | Belastung früher<br>— gering — ziemlich — stark — n. erh. — n. abkl.<br>Belastung heute<br>— gering — ziemlich — stark — n. erh. — n. abkl.                                                                               |  |
| <b>BERUF DES..... PATIENTEN.....PARTNERS.....VATERS</b>                                                                                                                                                                          |        |       |        |       | Innere Anteilnahme früher<br>— keine — mittel — hoch — n. erh. — n. abkl.<br>Innere Anteilnahme heute<br>— keine — mittel — hoch — n. erh. — n. abkl.                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                  | früher | jetzt | früher | jetzt | früher                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Hausfrau                                                                                                                                                                                                                         | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Selbständig                                                                                                                                                                                                                      | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Ltd Beamter                                                                                                                                                                                                                      | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Angestellter                                                                                                                                                                                                                     | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Facharbeiter                                                                                                                                                                                                                     | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Arbeiter                                                                                                                                                                                                                         | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Landwirt                                                                                                                                                                                                                         | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Im Ruhestand                                                                                                                                                                                                                     | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| nicht erhoben                                                                                                                                                                                                                    | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
| nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                                  | —      | —     | —      | —     | —                                                                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |        |       | <b>PENSIONIERUNG</b><br>— ja — nein<br>— nicht erh. — n. abklarbar.<br>— frw. — unfw.<br>— nicht erh. — n. abklb.<br>— vorzeitig — n. vorzeitig<br>— nicht erh. — n. abklb.                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |        |       | Anzahl der Jahre<br>seit Pension<br>— 1/2 Jahr<br>— 1 Jahr<br>— 1-2 Jahre<br>— 3-5 Jahre<br>— 6-10 Jahre<br>— 10 Jahre<br>— nicht erhoben<br>— nicht abklarbar                                                            |  |

### 1.3.3. Belegbogen: Wohnungssituation

#### 1.3.3.1. Merkmalsbereiche

- a. Wohnformen
- b. Jetziger Wohnsitz
- c. Wohnungswechsel
- d. Lage und Versorgung: Jetziger Wohnsitz
- e. Faktoren, welche eine eventuelle Ortsveränderung beeinflussen
- f. Bevorzugte Wohnform
- g. Familienstand
- h. Veränderungen: Wohnsituation
- i. Wohnungsverhältnisse

#### Operationalisierung der einzelnen Merkmalsbereiche

- a. Wohnformen
  - wohnt allein
  - nur mit Partner
  - mit Partner und Kindern
  - mit Kindern ohne Partner
  - mit Bekannten
  - anderes
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
- b. Jetziger Wohnsitz
  - Mietwohnung
  - eigenes Haus/Wohnung
  - Untermiete
  - Altenwohnheim
  - Altenheim
  - Altenpflegeheim
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
- c. Wohnungswechsel
  - gewünscht
  - nicht gewünscht
  - weiß nicht

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

d. Lage und Versorgung: Jetziger Wohnsitz

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- Stadt über 100 000 Einwohnern
- Stadt unter 100 000 Einwohnern
- Land unter 10 000 Einwohnern

Verkehrslage

- gut
- ausreichend
- schlecht
- zu Fuß/Verkehrsmittel/nicht erhoben/nicht abklärbar
- erreichbare Geschäfte
- med. und sanitäre Dienste
- Gaststätten
- kulturelle Einrichtungen
- Öffentliche Dienste
- Grünflächen
- anders

e. Faktoren, welche ...

- Bindung an alte Wohnung
- Soziales Ansehen
- neue Kontakte
- frühere Mobilität
- wirtschaftliche Lage
- Gesundheitszustand
- Beruf/Berufsaufgabe
- anderes
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

f. Bevorzugte Wohnform

- allein
- mit Partner
- mit Kindern
- mit Partner und Kindern

- mit anderen Verwandten
- mit Bekannten
- Altersheim u. ä.
- anderes
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

g. Familienstand

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- ledig
- verheiratet
- getrennt
- geschieden
- verwitwet
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Zahl der Kinder

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- keine
- 1,2,3,4,5,6,7,8,9

Geschwister (einschließlich Pat. und Halbgeschw.)

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- 1,2,3,4,5,6,7,8,9

Zwillinge

- ja
- nein
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Halbgeschwister

- ja
- nein
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Stellung in der Geschwisterreihe

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- 1,2,3,4,5,6,7,8,9

h. Veränderungen: Wohnsituation

Anzahl der Veränderungen (i.d. letzten 10 Jahren)

- keine
- 1 - 3
- mehr als 3
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Häufigkeit

- Dritttletzte/Vorletzte/Letzte Veränderung
- steht bevor
- innerhalb des letzten 1/2 Jahres
- innerhalb des letzten Jahres
- innerhalb der letzten 1 - 2 Jahre
- innerhalb der letzten 3 - 5 Jahre
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Gründe

- Dritttletzte/Vorletzte/Letzte Veränderung
- körperliche Behinderung
- psychische Behinderung
- finanzielle Gründe
- Beruf/Berufsaufgabe
- Verlust Partner
- Trennung Kinder
- andere Faktoren
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

i. Wohnungsverhältnisse

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

- Altbau
- Neubau
- nicht erhoben
- nicht abklärbar
  
- Stockwerk 0,1,2,3,4, mehr als 4
- Fahrstuhl
- nicht erhoben
- nicht abklärbar
  
- Ofenheizung
- Zentralheizung
- Etagenheizung
- nicht erhoben
- nicht abklärbar
  
- WC in Wohneinheit
- WC außerhalb Wohneinheit
- Bad/Dusche
- Telefon
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

#### 1.3.3.2. Räumliche Anordnung

| <b>WOHNFORMEN;</b><br>- nur mit Partner<br>- mit Kindern ohne Partner<br>- anderes      - nicht erh.                                                                                        |  |  |  | - wohnt allein<br>- mit Partner + Kindern<br>- mit Bekanten<br>- nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>JETZIGER WOHNSTZ</b><br>- Mietwohnung<br>- Untermiete<br>- Altenheim<br>- nicht erhoben                                                                                                  |  |  |  | - eig. Haus / Wohnung<br>- Altenwohnheim<br>- Altenpflegeheim<br>- nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| <b>WOHNUNGSWECHSEL</b><br>- gewünscht<br>- nicht erhoben                                                                                                                                    |  |  |  | - nicht gewünscht<br>- weiß nicht<br>- nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| <b>LAGE UND VERSORGUNG: JETZIGERWOHNSTZ</b><br>- nicht erhoben<br>- Stadt 100000 E                                                                                                          |  |  |  | - nicht abklarbar<br>- Stadt 100000 E    - Land 100000 E                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| Verkehrslage:    - gut    - ausreichend    - schlecht<br>zu Fuß    Verkehrsmittel    n. erh.    n. abkl.                                                                                    |  |  |  | erreichbare Geschäfte    -    -    -    -<br>med. u. san. Dienste    -    -    -    -<br>Gaststätten    -    -    -    -<br>Kulturelle Einrichtungen    -    -    -    -<br>öffentliche Dienste    -    -    -    -<br>Grünflächen    -    -    -    -<br>Anderes    -    -    -    - |  |  |  |
| <b>FAKTOREN WELCHE EINE EVENTUELLE ORTSVERÄNDERUNG BEEINFLUSSEN</b><br>- Bindung an alte Wohnung<br>- Neue Kontakte<br>- wirtschaftliche Lage<br>- Beruf / Berufsaufgabe<br>- nicht erhoben |  |  |  | - soziales Ansehen<br>- Frühere Mobilität<br>- Gesundheitszustand<br>- anderes<br>- nicht abklarbar                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| <b>BEVORZUGTE WOHNFORM</b><br>- allein<br>- mit Partner u. Kindern<br>- mit Bekanten<br>- anderes                                                                                           |  |  |  | - mit Partner<br>- mit Kindern<br>- mit and. Verwandten<br>- Altersheim u. ä.<br>- nicht erhoben<br>- nicht abklarbar                                                                                                                                                                 |  |  |  |

**SOZIALANAMNESE: WOHNUNGSSITUATION**

|                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>FAMILIENSTAND</b> - nicht erhoben    - nicht abklarbar                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| - ledig    - verheiratet    - getrennt    - geschieden<br>- verwitwet    - nicht erhoben    - nicht abklarbar |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Zahl der Kinder    - nicht erhoben    - nicht abklarbar                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| keine                                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Geschwister (einschl. Pat + Halbgeschw.)    - n. erh.    - n. abklb.                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Zwillinge    - ja    - nein<br>- nicht erhoben    - nicht abklarbar                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Halbgeschwister    - ja    - nein<br>- nicht erhoben    - nicht abklarbar                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Stellung in der Geschwisterreihe    - nicht erh.    - nicht abklb.                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>VERÄNDERUNGEN: WOHNUNGSSITUATION</b><br>Anzahl der Veränderungen:    - keine<br>1 - 3    mehr als 3    nicht erh.    nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| steht bevor    H    Drittletzte V, Vorletzte V, Letzte V.<br>innerhalb d. L. 1/2 J    A    -    -    -<br>innerhalb d. letzten J.    F    -    -    -<br>innerhalb d. L. 1 - 2 J    G    -    -    -<br>innerhalb d. L. 3 - 5 J    K    -    -    -<br>nicht erhoben    E    -    -    -<br>nicht abklarbar    T    -    -    -                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Körperliche Behinderung    -    -    -<br>Psychische Behinderung    -    -    -<br>Finanzielle Gründe    G    -    -    -<br>Beruf / Berufsaufgabe    R    -    -    -<br>Verlust Partner    C    -    -    -<br>Trennung Kinder    D    -    -    -<br>andere Faktoren    E    -    -    -<br>nicht erhoben    -    -    -    -<br>nicht abklarbar    -    -    -    - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>WOHNUNGSVERHÄLTNISSE</b><br>- Altbau    - Neubau<br>- nicht erhoben    - nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Stockwerk    0    1    2    3    4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Fahrstuhl    - nicht erhoben    - nicht abklarbar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Ofenheizung    - WC in Wohneinheit<br>- Zentralheizung    - WC außerhalb Wohneinheit<br>- Etagenheizung    - Bad / Dusche<br>- nicht erhoben    - Telefon<br>- nicht abklarbar    - nicht erh.    - nicht abklärb.<br>- nicht erhoben    - nicht abklarbar                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 1.3.4. Belegbogen: Sozialbeziehungen

#### 1.3.4.1. Merkmalsbereiche

- a. Beschäftigungsformen
- b. Einstellung zur Familie
- c. Gründe gegen Zusammenwohnen mit Kindern/  
Verwandten
- d. Partnerbeziehung/Sexualität
- e. Erleben des Alltags
- f. Räumliche Distanz
- g. Verlustereignisse
- h. Sozialbeziehungen

#### Operationalisierung der einzelnen Merkmalsbereiche

- a. Beschäftigungsformen
  - früher: häufig/selten
  - jetzt: häufig/selten
  - nur Haushalt
  - Haushalt und berufliche Tätigkeit
  - lesen
  - spazierengehen
  - Radio hören
  - Fernsehen
  - Besuche zu Verwandten/Bekannten
  - Einladen von Verwandten/Bekannten
  - Gartenarbeiten
  - Kino
  - Reisen
  - körperliches Hobby
  - geistiges Hobby
  - anderes
  - keine
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar

b. Einstellung zur Familie

- keine Angehörigen
- positiv
- indifferent
- negativ
- unterschiedlich
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

c. Gründe gegen Zusammenwohnen

- eigener Wohnraum
- Finanzen
- Generationskonflikt
- eigene Probleme
- Wunsch nach Unabhängigkeit
- Ablehnende Haltung der Kinder/Verwandten
- anderes
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

d. Partnerbeziehung/Sexualität

Häufigkeit sexueller Beziehungen

- überhaupt nicht
- 1 mal/Monat
- alle 2 Wochen
- 1 mal/Woche
- mehr als 1 mal/Woche
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Zeitpunkt der Aufgabe

- vor 1 Jahr
- vor 2 - 5 Jahren
- vor 6 - 10 Jahren
- vor 11 - 20 Jahren
- länger als 20 Jahre
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Gründe für die Aufgabe

- Tod des Partners
- Krankheit des Partners
- eigene Krankheit
- Potenzverlust des Partners
- eigener Potenzverlust
- Nachlassen des Interesses
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

e. Erleben des Alltags

- alle Tage gleich
- ganz selten etwas Besonderes
- manchmal etwas Besonderes
- befriedigende Regelmäßigkeit
- abwechslungsreich
- sehr abwechslungsreich
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

f. Räumliche Distanz zum nächstwohnenden Kind

Erreichbar innerhalb von

- 1/4 Std.
- 1/2 Std.
- 1 Std.
- mehr als 1 Stunde
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

g. Verlustereignisse

nicht erhoben

nicht abklärbar

innerhalb der letzten

- 1/2 Jahres
- 1/2 - 1 Jahres
- 1 - 2 Jahre
- 2 - 5 Jahre
- 5 Jahre und länger
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

- unauffällig
- Tod Mutter
- Tod Vater
- Verlust Partner
- Verlust Kinder
- Verlust Geschwister
- Verlust Freunde
- andere Verlustereignisse

h. Sozialbeziehungen

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- ja
- nein
- regelmäßig
- unregelmäßig
- pro Tag
- pro Woche(max. 3)
- pro Jahr (max. 6)
- pro Monat (max. 3)
- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- eigene Kinder
- Enkelkinder
- andere Verwandte
- Bewohner im Haus
- andere Personen

1.3.4.2. Räumliche Anordnung

# SOZIALANAMNESE : SOZIALBEZIEHUNGEN

## EINSTELLUNG ZUR FAMILIE

- keine Angst
- positiv
- indifferent
- negativ
- unterschiedlich
- nicht erh.
- nicht abklarbar

## GRÜNDE GEGEN ZUSAMMENWOHNEN

Mit Kindern / Verwandten

- eigener Wohnraum
- Finanzen
- Generationskonfl.
- eigene Probleme
- Wunsch nach Unabhängigkeit
- Ablehn. Haltung d. Kinder
- anderes
- nicht erh.
- nicht abklarbar

## PARTNERBEZIEHUNG / SEXUALITÄT

| Häufigkeit sex. Bez.    | Zeitpunkt d. Aufgabe    | Gründe für Aufgabe      |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| - überhaupt nicht       | - vor 1 J.              | - Tod d. Partners       |
| - 1 x / Monat           | - vor 2 - 5 J.          | - Krkh. d. Partners     |
| - alle 2 Wochen         | - vor 6 - 10 J.         | - eigene Krankheit      |
| - 1 x / Woche           | - vor 11 - 20 J.        | - Potenzverl. d. Part.  |
| - mehr als 1x/Wo.       | - länger als 20 J.      | - eigener Potenzverl.   |
| - nicht erh. - n. abkl. | - nicht erh. - n. abkl. | - Nachl. d. Interesses  |
|                         |                         | - nicht erh. - n. abkl. |

## ERLEBEN DES ALTERS

- alle Tage gleich
- ganz selten etwas Besonderes
- manchmal etwas Besonderes
- befriedigende Regelmäßigkeit
- abwechslungsreich
- sehr abwechslungsreich
- nicht erhoben
- nicht abklarbar

## RAUMLICHE DISTANZ

- Erreichbar innerhalb von
- 1/4 Std.
- 1/2 Std.
- 1 Std.
- mehr als 1 Std.
- nicht erhoben
- nicht abklarbar

## SCHAFTIGKEITSFORMEN

- keine

| früher                      | jetzt             |
|-----------------------------|-------------------|
| fig                         | häufig selten     |
| - nur Haushalt              | -                 |
| - Haush.u.berufl. Tätigkeit | -                 |
| - Lesen                     | -                 |
| - Spazieren gehen           | -                 |
| - Radio hören               | -                 |
| - Fernsehen                 | -                 |
| - Besuche zu Verw./Bek.     | -                 |
| - Einladen von Verw./Bek.   | -                 |
| - Gartenarbeiten            | -                 |
| - Kino                      | -                 |
| - Reisen                    | -                 |
| - Körperliches Hobby        | -                 |
| - Geistiges Hobby           | -                 |
| - anderes                   | -                 |
| - nicht erhoben             | - nicht abklarbar |

## VERLUSTEREIGNISSE

- nicht erhoben
- nicht abklarbar

|                       | innerhalb der letzten |            |          |          |                |               |                 |
|-----------------------|-----------------------|------------|----------|----------|----------------|---------------|-----------------|
|                       | 1/2 J.                | 1/2 - 1 J. | 1 - 2 J. | 2 - 5 J. | 5 J. u. länger | nicht erhoben | nicht abklarbar |
| uffällig              |                       |            |          |          |                |               |                 |
| 1 Mutter              | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |
| 1 Vater               | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |
| 1 Partner             | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |
| 1 Kinder              | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |
| 1 Geschwister         | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |
| 1 Fremde              | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |
| ere Verlustereignisse | -                     | -          | -        | -        | -              |               |                 |

## SOZIALBEZIEHUNGEN

|               | ja | nein | regelmäßig | unregelmäßig | pro Tag | pro Wo. (max3) | pro Mo. (max3) | pro J. (max6) | n. erh. | nicht abkl. |
|---------------|----|------|------------|--------------|---------|----------------|----------------|---------------|---------|-------------|
| ne Kinder     | -  | -    | -          | -            |         |                |                |               |         |             |
| elkinder      | -  | -    | -          | -            |         |                |                |               |         |             |
| ere Verwandte | -  | -    | -          | -            |         |                |                |               |         |             |
| wohner i Haus | -  | -    | -          | -            |         |                |                |               |         |             |
| ere Personen  | -  | -    | -          | -            |         |                |                |               |         |             |

### 1.3.5. Belegbogen: Gesundheit

#### 1.3.5.1. Merkmalsbereiche

- a. Veranlassung der Hospitalisation
- b. Subjektives Alterserleben
- c. Zukunftserwartung
- d. Hilfsbedürftigkeit
- e. Frühere Aufenthalte in Krankenhäusern oder psychiatrischen Einrichtungen
- f. Gesundheitsverhalten
- g. Subjektiv angenommene krankheitsfördernde Umwelteinflüsse

#### Operationalisierung der einzelnen Merkmalsbereiche

- a. Veranlassung der Hospitalisation
  - freiwillig
  - unfreiwillig
  - Partner
  - Arzt
  - Familie
  - Nachbarn
  - Suizidversuch
  - Gesundheitsamt
  - andere Behörden
  - anderes
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar

#### Einstellung zur Hospitalisation

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- Zustimmung
- Indifferenz
- Ablehnung

#### Gründe der Hospitalisation

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

- Hilfsbedürftigkeit
- störendes Verhalten
- Gefährdung

b. Subjektives Alterserleben

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Subj. Einschätzung des Gesundheitszustandes

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- gut
- mittel
- schlecht

Subj. Einschätzung des Alters

- fühlt sich altersentsprechend
- fühlt sich relativ jünger
- fühlt sich relativ älter
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation

- ist sehr zufrieden
- ist zufrieden
- ist weniger zufrieden
- ist unzufrieden
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

c. Zukunftserwartung

- nicht erhoben
- nicht abklärbar

Generelle Einstellung

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- positiv
- indifferent
- negativ

Einstellung betrifft

- keine Einstellung
- eigene Gesundheit

- eigener Tod
  - Gesundheit von Angehörigen
  - Beziehung zu Angehörigen
  - eigene Wohnsituation
  - Beziehung zu Freunden
  - eigene wirtschaftliche Lage
  - Freizeitgestaltung
  - anderes
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
- d. Hilfsbedürftigkeit
- keine
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
  - Bettlägerigkeit
  - bei der Körperpflege
  - im Haushalt
  - in sozialen Angelegenheiten
  - keine
  - teilweise
  - völlige
  - nicht erhoben
  - nicht abklärbar
- e. Frühere Aufenthalte in Krankenhäusern
- Anzahl der Erkrankungen
- nicht erhoben
  - nicht abklärbar
  - keine
  - 1 - 3
  - mehr als 3
- Letzte/Vorletzte/Drittletzte Erkrankung
- innerhalb des letzten Jahres
  - innerhalb der letzten 2 - 3 Jahre
  - innerhalb der letzten 4 - 6 Jahre
- ~~psychische~~ Erkrankung
- nicht psychische Erkrankung
  - cerebrale Erkrankung

- nicht cerebrale Erkrankung
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

f. Gesundheitsverhalten

In ärztlicher Behandlung

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- regelmäßig
- unregelmäßig

Letzter Arztbesuch

- nicht erhoben
- nicht abklärbar
- innerhalb der letzten Woche
- innerhalb des letzten Monats
- innerhalb des letzten 1/4 Jahres
- innerhalb des letzten 1/2 Jahres
- innerhalb des letzten Jahres
- länger als 1 Jahr zurück

g. Subjektiv angenommenene krankheitsfördernde ...

- keine
- Liebe/Sexualität
- Ehe
- Familie
- Finanzen
- Wohnsituation
- Vereinsamung
- Beruf/Berufsaufgabe
- Gesellschaft
- anderes
- nicht erhoben
- nicht abklärbar

1.3.5.2. Räumliche Anordnung

# SOZIALANAMNESE : GESUNDHEIT

## HILFSBEDURFTIGKEIT — keine — n. erh. — n. abkl.

|                | Bettlägerigkeit | bei der<br>Körperpflege | im Haushalt | in soz.<br>Angelegenh. |
|----------------|-----------------|-------------------------|-------------|------------------------|
| - keine        |                 |                         |             |                        |
| - teilweise    |                 |                         |             |                        |
| - vollständig  |                 |                         |             |                        |
| - nicht erh.   |                 |                         |             |                        |
| - nicht abklb. |                 |                         |             |                        |

## FRUHERE AUFENTHALTE IN KRANKENHAUSERN ODER PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

Anzahl der Erkrankungen : — n. erh. — nicht abklarbar  
— keine — 1-3 — mehr als 3

FREMDANAMNESE : — erhoben — nicht erhoben

PFLEGESCHAFT : — ja — nein — n. erh. — n. abkl

VORMUNDSCHAFT — ja — nein — n. erh. — n. abkl.

## VERANLASSUNG DER HOSPITALISATION

— freiwillig — unfreiwillig  
— Partner — Arzt — Familie  
— Nachbarn — Suicidversuch — Gesundheitsa.  
— andere Behörden — anderes — n. erh. — n. abkl.

Einstellung zur Hospitalisation : — n. erh. — n. abkl.  
— Zustimmung — Indifferenz — Ablehnung

Gründe der Hospitalisation — n. erh. — n. abkl.  
— Hilfsbedurftigkeit — Störendes Verh. — Gefährdung

SUBJEKTIVES ALTERSERLEBEN : — n. erh. — n. abkl

Subj. Einschätzung des Gesundheitszustandes : — n. erh.  
— n. abklarbar — gut — mittel — schlecht

Subj. Einschätzung des Alters : — n. erh. — n. abkl.  
— fühlt sich altersentsprechend  
— fühlt sich relativ junger  
— fühlt sich relativ älter

Zufriedenheit mit der zeitigen Lebenssituation  
— ist sehr zufrieden — ist zufrieden  
— ist weniger zufrieden — ist unzufrieden  
— nicht erhoben — nicht abklarbar

ZUKUNFTSERWARTUNG : — n. erh. — n. abkl.

Generelle Einstellung — n. erh. — n. abkl.  
— positiv — indifferent — negativ

Einstellung betrifft : — keine Einstellung  
— eigene Gesundheit — eigener Tod  
— Gesundheit von Angehörigen — Beziehung zu Angehrig  
— eigene Wohnsituation — Beziehung zu Freunden  
— eigene Wirtschaftslage — Freizeitgestaltung  
— Anderes — nicht erh. — nicht abklarbar

|                             | letzte Erkr. | vorletzte E. | drittletzte E. |
|-----------------------------|--------------|--------------|----------------|
| innerhalb d. letzten Jahres | —            | —            | —              |
| innerhalb d. l. 2-3 Jahre   | —            | —            | —              |
| innerhalb d. l. 4-6 Jahre   | —            | —            | —              |
| psychische Erkrankung       | —            | —            | —              |
| nicht-psychische Erkrankg.  | —            | —            | —              |
| cerebrale Erkrankung        | —            | —            | —              |
| nicht-cerebrale Erkrankg.   | —            | —            | —              |
| nicht erhoben               | —            | —            | —              |
| nicht abklarbar             | —            | —            | —              |
| remittiert                  | —            | —            | —              |
| teilremittiert              | —            | —            | —              |
| unbeeinflusst               | —            | —            | —              |
| nicht erhoben               | —            | —            | —              |
| nicht abklarbar             | —            | —            | —              |

## GESUNDHEITSVERHALTEN

in ärztlicher Behandlung : — nicht erh. — nicht abklarbar  
— regelmäßig — unregelmäßig

Letzter Arztbesuch : — nicht erh. — nicht abklarbar  
— innerhalb d. l. Woche  
— innerhalb d. l. Monats  
— innerhalb d. l. 1/4 Jahres  
— innerhalb d. l. 1/2 Jahres  
— innerhalb d. l. 1 Jahres  
— länger als 1 Jahr zurück

## SUBJEKTIV ANGENOMMENE KRANKHEITSFÖRDERNDE UMWELTEINFLÜSSE

— keine — Liebe / Sexualität  
— Ehe — Familie  
— Finanzen — Wohnsituation  
— Vereinsamung — Beruf / Berufsaufgabe  
— Gesellschaft — anderes  
— nicht erhoben — nicht abklarbar

## V. Zusammenfassung

Ziel und Zweck dieser Arbeit war

1. anhand der praktischen Erprobung eines gerontopsychiatrischen Dokumentationssystems Hinweise für dessen Praktikabilität zu gewinnen und aus den in der Praxis gewonnenen Erfahrungen heraus zu Kürzungen, Veränderungen oder Ergänzungen zu kommen und so die Weiterentwicklung des Systems zu fördern.
2. eine Antwort auf die Frage zu geben, inwieweit das Bemühen bei der Konzipierung der Basis- und Sozialdatendokumentation hinsichtlich der Sozialdaten eine Vergleichbarkeit von Basis- und Sozialdatenzusatzdokumentation zu erzielen, erfolgreich war.
3. das Sozialdokumentationssystem auf eine breite theoretisch-empirische Basis zu stellen und auf dieser Ebene zusätzliche Vorschläge für die Weiterentwicklung dieses speziellen Teils des gesamten Dokumentationssystems zu machen.

Es konnte gezeigt werden, daß das erprobte Dokumentationssystem in der praktischen Anwendung im nervenklinischen Bereich eine Reihe von Schwierigkeiten bot, die Anlaß zu zahlreichen Veränderungsvorschlägen waren. Die Schwierigkeiten betrafen sowohl den formalen Aufbau, wie auch inhaltliche Aspekte und Glossaranweisungen. Der Umgang mit dem System erforderte einige Übung und nahm doch beträchtliche Zeit in Anspruch, so daß es als Routineinstrument im klinischen Alltag in dieser Form kaum Anwendung finden dürfte. Da es jedoch von vornherein als Forschungsinstrument konzipiert war, kann diese Erkenntnis nicht überraschen. Es erschien jedoch wünschenswert, für den klinischen Alltag ein verkürztes Dokumentationssystem zur Verfügung zu stellen, ein Schritt, der in dieser Arbeit bei der Weiterentwicklung des Sozialdokumentationssystems bereits versucht wurde.

Im Bereich des Basisdokumentationssystems läßt sich insgesamt feststellen, daß die Anzahl fehlerhafter Markierungen sich durchaus im Rahmen der beim erstmaligen Umgang mit einem solch

umfangreichen Dokumentationssystem kaum zu vermeidenden Fehlerquote lag. Die Anzahl nicht erhebbarer bzw. nicht abklärbarer Befundbereiche erwies sich als insgesamt gering. Die Veränderungs- und Ergänzungswünsche betreffen hauptsächlich den Anamnesebogen und den Somatischen Befund, während der psychopathologische Befund sich als weitgehend unproblematisch erwies.

Hinsichtlich der Projizierbarkeit der Daten des Anamnesebogens und des Sozialdokumentationssystems aufeinander ergab sich die Notwendigkeit eines stringenteren Bezuges beider Teile des Dokumentationssystems aufeinander. Die Daten erwiesen sich z.T. als gar nicht, z.T. als nur begrenzt aufeinander projizierbar.

Im Bereich des Sozialdokumentationssystems hat sowohl die praktische Erprobung als auch die theoretisch-empirische Arbeit Wünsche nach einer Veränderung deutlich werden lassen, wobei es jedoch gelungen ist, die wesentlichsten Voraussetzungen dieses Systems in den theoretisch-empirischen Rahmen zu integrieren und die Substanz auch in diesem Bereich weitgehend zu erhalten. Die kritische Bearbeitung des Sozialdokumentationssystems hat im Zusammenwirken mit den bei der praktischen Erprobung gewonnenen Erfahrungen eine Weiterentwicklung ermöglicht, die nicht nur eine sichere theoretisch-empirische Fundierung besitzt, sondern auch eine bessere praktische Anwendbarkeit zu gewährleisten scheint.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Abholz, Heinz-Harald: Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankung in: Das Argument, Heft 60 Berlin 1970, 142-151
2. Albert, E.: Senile Demenz und Alzheimersche Krankheit als Ausdruck des gleichen Krankheitsgeschehens.  
Fortschr. Neurolog. Psychiatrie 32, 12 (1964) 625-673
3. Alsen, V./Eckmann, F.: Depressive Bilder in der zweiten Lebenshälfte in Arch. Psychiatr. Nervenkr. 201 (1961) 483
4. Amann, A.: Einige kritische Bemerkungen zum Begriff der Gesundheit in der sozialen Gerontologie  
Z. Gerontologie 6 (1973) 316-324
5. Anger, H. u.a.: Gutachten über die stationäre Behandlung im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, Kuratorium Deutsche Altershilfe 1974
6. Angst, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Monographien aus den Gesamtgebiet der Neurolog. und Psychiatrie, Heft 112, Berlin-Heidelberg-New York 1966
7. Angst, J./Battegay, R./Bente, D./Cornu, F./Dick, P./Engelmeier, M./Heimann, H./Heinrich, K./Hippius, H./Pöldinger, W./Schmidlin, P./Schmitt, W./Weis, P.: Über das gemeinsame Vorgehen einer deutschen und schweizerischen Arbeitsgruppe auf dem Gebiet der psychiatrischen Dokumentation. Schweiz, Arch. Neurol. Psychiatrie 100 (1967) 207-211
8. Bastide, R.: Soziologie der Geisteskrankheiten, Köln 1973
9. Bay, E.: Zur Methodik der Aphasie-Untersuchung. Nervenarzt 31 (1960) 145-154
10. Beck, A.T./Sethi, B.B./Tuthill, R.W.: Childhood bereavement and adult depression. Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago) 9 (1963) 295-302
11. Bellin, S.S./Hardt, R.H.: Marital status and mental disorders among the aged. Amer. Soc. Rev. 23,2 (1958) 155-162
12. Bergener, M.: Zum Problem sozialer und sozialpsychologischer Faktoren in der Pathogenese psychischer Störungen des höheren Lebensalters. Hab.-Schrift, Düsseldorf 1970

13. Bergener, M.: Gerontopsychiatrie - ein soziales Problem? in Schubert, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge, Bd. 3 Darmstadt 1970, 165-170 (Veröffentl. d. Deutschen Gesellschaft f. Gerontologie)
14. Bergener, M.: Zwischenbilanz eines interdisziplinären geriatrischen Forschungsprojektes, in: Bergener, M./Kulenkampff, C. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 1 Janssen-Symposien Bd. 5, Köln 1971, 153-176
15. Bergener, M./Kulenkampff, C. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 1 Janssen-Symposien Bd. 5, Köln 1971
16. Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen-Symposien Bd. 13, Düsseldorf 1973
17. Bergener, M./Behrends, K./Zimmermann, R.: Interdisziplinäres Geriatrisches Forschungsprojekt in Nordrhein-Westfalen, in: Kanowski, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 2, Janssen-Symposien Bd. 9, Berlin 1972, 143-167
18. Berndt, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974
19. Birley, J.L.T./Brown, G.W.: Crises and Life Changes Preceding the Onset or Relapse of Acute Schizophrenia: Clinical aspects. Brit. J. Psychiat. 116 (1970) 327-333
20. Blume, O.: Subjektiver Gesundheitszustand und sozialer Status im höheren Lebensalter, in: Schubert, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge. Veröffentl. der Dtsch. Gesellschaft f. Gerontologie, Bd. 3, Darmstadt 1970
21. Blume, O.: Über den Lebensabend des Industriearbeiters in der heutigen Gesellschaft, in: Thomae und Lehr: Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt 1972, 332-344
22. Blume, O.: Dokumentation der Lebenssituation über 65 jähriger Bürger in Berlin, Sonderdruck, Hrsg.: Senator für Arbeit und Soziales, Berlin 1974

23. Bochnik, H.J.: Über die Erweiterung empirischer Analysemöglichkeiten durch EDV, in: Psychiatrie im Übergang, Hrsg.: Kranz, H. und Heinrich, K. - 4. Bad Kreuznacher Symposien 1968, Stuttgart 1969
24. Bochnik, H.J./Helmchen, H./Hippius, H./Knüppel, H./Kulenkampff, C./Lauter, H./Meyer, J.E./Müller, H.W./Wieser, S./Winkler, W.T.: Zur Brauchbarkeit der psychiatrischen Diagnosen der WHO-Diagnosen-Klassifikation. Nervenarzt 41 (1970) 42-44
25. Bolm, H./Buckler, R./Freudenthal, K./Kanowski, S./Lieberz, K./Schröter, O./Werner, V.: Erste Erfahrungen und Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung verschiedener geriatrischer Populationen mit einer gerontopsychiatrischen Dokumentation, in: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3 - Janssen Symposien, Bd. 13, Düsseldorf 1973, 161-187
26. Bolm, H./Buckler, R./Freudenthal, K./Hermann, U./Lieberz, K./Schröter, O./Werner, V.: Anwendungsmöglichkeiten einer gerontopsychiatrischen Sozialdokumentation bei unterschiedlichen Patientenpopulationen, in: Bergener, M: Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien, Bd. 13, Düsseldorf 1973, 146-160
27. Bovi, A.: Wohnungswechsel und Geisteskrankheit. Nervenarzt 38 (1967) 251-256
28. Bowlby, J.: Childhood mourning and its implication for psychiatry. Amer. J. Psychiat. 118 (1961) 481-498
29. Britton, J.H.: Dimensionen der Angepaßtheit bei älteren Menschen, in: H.Thomae und U.Lehr (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 517-529
30. Bronisch, F.W.: Psychopathologie des höheren Lebensalters Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 81 (1958) 105-123
31. Brown, F.: Depression and childhood bereavement. J. Ment. Sci. 107 (1961) 754-777
32. Buck, H.: Schreiben an den Senator für Gesundheit und Umweltschutz Berlin, veröffentl. im Kursbuch 28, Berlin 1972, 8-9

33. Campailla, F.: Emotionelle Faktoren in der Pathogenese der senilen und arteriosklerotischen Psychosen. Nervenarzt 33 (1962) 145-150
34. Ciompi, L.: Gerontopsychiatrische Literatur der Nachkriegszeit. Fortschr. Neurol. Psychiat. 34 (1966) 49-159
35. Ciompi, L.: Aktuelle geronto-psychiatrische Forschung in USA - ein Sammelreferat. Fortschr. Neurol. Psychiat. 37 (1969) 497-517
36. Ciompi, L.: Allgemeine Psychopathologie des Alters, in: Psychiatrie der Gegenwart Bd. I<sup>1</sup>/2, Berlin-Heidelberg-New York 1972
37. Ciompi, L.: Allgemeine Depressionsprobleme im Lichte der Verlaufsforschungen bis ins Alter. Z.Gerontologie 6 (1973) 400-408
38. Ciompi, L./Medvecka, J.: Zum Problem der Messung der "Sozialen Anpassung" im Alter, in: Bergener, M./Kulenkampff, C. (Hrsg.) Gerontopsychiatrie 1 - 1. Symposion der AG für Gerontopsychiatrie, Krefeld 1971
39. Ciompi, L./Lobrinus, A./Müller, C./Wertheimer, J./Helmchen, H./Hermann, U./Kanowski, S.: Vorschlag für eine gerontopsychiatrische Basisdokumentation, in: Kanowski, S. (Hrsg.) Gerontopsychiatrie 2, Janssen Symposien, Bd. 9, Berlin 1972, 211-232
40. Ciompi, L./Lobrinus, A./Müller, C.: Basisdokumentation in der Gerontopsychiatrie: Das "AGP-System", in: Bergener, M. (Hrsg.) Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien, Bd. 13 Düsseldorf 1973, 130-145
41. Clark, F.L.G.: Alternde Menschen in der Arbeit, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern- Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 253-264
42. Das AMP-System - Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1972

43. Deininger, D.: Statistische Ergebnisse über die Lage älterer Menschen, in: Störmer, A. (Hrsg.) Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft f. Gerontologie, Bd. 4, Darmstadt 1970, 186-203
44. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - Zusammenfassung, Bonn, Drucksache 7/420
45. Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 8. Revision des intern. Glossars 1970, Berlin-Heidelberg-New York 1971
46. Dieck, M: Wohnen alter Menschen - Situationsanalyse und wohnungspolitische Schlußfolgerung. Z. Gerontologie 6 (1973) 325-332
47. Diekershoff, K.H.: Sozialstatus und Verhaltensweisen älterer Menschen, in: Schubert, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altersfürsorge, Bd. II, Darmstadt 1970, 291-299 (Veröffentl. d. Dtsch. Gesellschaft f. Gerontologie)
48. Dohrenwend, B.P./Dohrenwend, B.S.: Sozialer Status und psychische Störungen: Bestandsaufnahme epidemiologischer Forschung, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974, 137-155
49. Dunham, W.: Stadtkern und vorstädtische Randgebiete: Die Verteilungsstruktur von Verhaltensstörungen, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974, 91-112
50. Eckmann, F./Helmchen, H./Schulte, P.W./Seelheim, H./Zander, H.: Die psychiatrische Basisdokumentation, Nervenarzt 44, (1973) 561
51. Eitner, S./Tröger, A.: Soziale Risikofaktoren im Aspekt der gerohygienischen Konzeption, Zeitschr. f. Alternsforschung 21 (1968) 1-19
52. Eitner, S./Tröger, A./Masius, E.: Schwerarbeit und Alter in mehrdimensionalem Aspekt, Zeitschr. f. Alternsforschung 25/2 (1971) 139-150

53. Ernst, K./Egloff, A.: Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen, *Nervenarzt* 45 (1974) 178-182
54. Essen-Møller, E.: Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl.* 100 (1956)
55. Forrest, A.D./Fraser, R.H./Priest, R.G.: Environmental factors in depressive illness, *Brit. J. Psychiat.* 111 (1965) 243
56. Fried, M.I.: Soziale Schichtung und psychische Erkrankung in: König, R./Tönnemann, M. (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie, *Kölner Zschr. Soziol. Sozialpsychol. Sonderheft* 3, 1958, 185-218
57. Frost, N./Helmchen, H./Hermann, U./Kanowski, S.: Vorschlag für einen Merkmalskatalog zur Gerontopsychiatrischen Dokumentation, 1. Symposium der AG für Gerontopsychiatrie, Hrsg.: Bergener, M./Kulenkampff, C., Krefeld 1971
58. Garside, R.F./Kay, D.W.C./Roth, M.: Old age mental disorder in Newcastle upon Tyne, Part. II. A factorial study of medical, psychiatric and social characteristics. *Brit. J. Psychiat.* 111 (1965) 939-946
59. Gerhard, L.: Neuropathologische Aspekte der Gerontopsychiatrischen Terminologie, Messverfahren und Bewertungsmethoden, in: Bergener, M. und Kulenkampff, C. (Hrsg.) *Gerontopsychiatrie* 1, Janssen Symposien Bd. 5, 1971, 72-85
60. Glatzel, J.: Psychotische Depressionen des mittleren und höheren Lebensalters. *Z. Gerontologie* 6 (1973) 429-440
61. Gleiss, I./Seidel, R./Abholz, H.H.: Soziale Psychiatrie Frankfurt a.M. 1973
62. Goldfarb, A.N.: The psychodynamics of dependency and the search for aid, in: Kalish, R.H. (Hrsg.): The dependencies of old people, Univ. of Michigan Press 1969
63. Groß, F.R.: Nachbarschaftskonflikte im Spiegel der Psychose, *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 20 (1968) 90

64. Haase, H.J.: Zur Psychodynamik und Pathoplastik paranoiden und paranoid-halluzinatorischer Psychosen bei alleinstehenden Frauen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 31 (1963) 308
65. Haase, H.J.: Zum Verständnis paranoiden und paranoid-halluzinatorischer Psychosen am Beispiel alleinstehender Frauen. Nervenarzt 34 (1963) 315
66. Haase, H.J.: Soziopsychiatrische Untersuchungen an alleinstehenden Frauen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1964) 279
67. Häfner, H.: Der Einfluß der Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Nervenarzt 42 (1971) 557
68. Hagenbuchner, K.: Der Selbstmord des alten Menschen. Mat. med. 58 (1967) Wiss. Beiblatt
69. Hahn, E.: Historischer Materialismus und marxistische Soziologie, Berlin 1968
70. Havighurst, R.J.: Ansichten über ein erfolgreiches Altern in: Thomae, H. und Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 567-571
71. Havighurst, R.J.: The Sociology and Demography of the Aged Population, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/2 Berlin-Heidelberg-New York 1972
72. Hermann, U.: Möglichkeiten und Grenzen der Dokumentation gerontopsychiatrischer Sozialdaten, in: Kanowski, S. (Hrsg.) Gerontopsychiatrie 2, Janssen Symposien, Bd. 9 Berlin 1972
73. Heimann, H.: Grundsätzliche Überlegungen zur erfahrungswissenschaftlichen Methodik in der Psychiatrie. Nervenarzt 43 (1972) 345-350
74. Hippius, H.: Dokumentationssystem in der psychiatrischen Klinik und ihre Bedeutung für die Forschung. Bull. Schweiz Akad. Med. Wiss., Vol. 25 (1970) Fasc. 1/2, p. 160-176
75. Hippius, H./Selbach, H. (Hrsg.): Das depressive Syndrom München-Berlin-Wien 1969
76. Hippius, H./Kanowski, S.: Zum gegenwärtigen Stand der Gerontopsychiatrie in der Bundesrepublik, Nervenarzt 45 (1975) 289-297

77. Hollingshead, A.B./Ellis, R./Kirby, E.: Social mobility and mental illness. Amer. Soc. Rev. 19 (1954) 577-584
78. Hollingshead, A.B./Redlich, F.C.: Soziale Schichtung und psychiatrische Erkrankungen, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974, 55-65
79. Hollingshead, A.B./Redlich, F.C.: Der Sozialcharakter psychischer Störungen, Frankfurt a.M. 1975
80. Hopkinson, G./Reed, G.F.: Bereavement in childhood and depressive psychosis. Brit. J. Psychiat. 112 (1966) 459-463
81. Jaco, E.G.: The social isolation hypothesis and schizophrenia. Amer. Sociol. Rev. 18 (1954) 567
82. Janzarik, W.: Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter. Nervenarzt 28 (1957) 535
83. Janzarik, W.: Alte Schizophrene - Altersschizophrenien Kontaktmangelparanoid des höheren Lebensalters, in: Berger, M./Kulenkampff, C. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 1, Janssen Symposien, Bd. 5 Köln 1971
84. Janzarik, W.: Über das Kontaktmangelparanoid des höheren Alters und den Syndromcharakter schizophrenen Krankseins Nervenarzt 44 (1973) 515-526
85. Kanowski, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 2, Janssen Symposien, Bd. 9, Berlin 1972
86. Karsten, A./Bauer, A.: Einstellung älterer Landbewohner der Bundesrepublik Deutschland zum Zusammenwohnen und Zusammenleben mit ihren Kindern, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972
87. Kay, D.W.K./Roth, M.: Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age and their bearing in the general problem of causation in schizophrenia. J. ment. sci. 107 (1961) 649
88. Kay, D.W.K./Beamish, P./Roth, N.: Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne, Part. I+II. Brit. J. Psychiat. 110 (1964)

89. Kennedy, A.: Psychological factors in Confusional States in the Elderly. Geront. clin. 1 (1959) 71-82
90. Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten Zur Soziogenese psychischer Störungen, München-Berlin-Wien 1972
91. Keupp, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974
92. Keupp, H.: Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive, in: Keupp, H. (Hrsg.) Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974, 3-51
93. Keupp, H.: Epidemiologie als Voraussetzung und Instrument zur Planung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974, 349-401
94. Kielholz, P. (Hrsg.): Depressive Zustände, Erkennung, Bewertung, Behandlung. Bern-Stuttgart-Wien 1972
95. Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. Bern-Stuttgart-Wien 1973
96. Klages, W.: Die Spätschizophrenie, Stuttgart 1961
97. Kleiner, R.J./Parker, S.: Goal-striving, social status and mental disorders. Amer. Soc. Rev. 28 (1963) 189-203
98. Kleiner, R.J./Parker, S.: Soziale Mobilität, Anomie und psychische Störung, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München-Berlin-Wien 1974, 113-133
99. König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung Stuttgart 1973
100. Kornhuber, H.: Über Auslösung cyclothymen Depressionen durch seelische Erschütterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 193 (1955) 391-405
101. Kulenkampff, C.: Über Wahrnehmungen. Ihre Interpretation als Störung der "Wohnordnung". Nervenarzt 24 (1953) 326
102. Kulenkampff, C.: Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen. Nervenarzt 33 (1962)

103. Lange, E./Poppe, G.: Faktoren der sozialen Isolierung im Vorfeld paranoider Beeinträchtigungssyndrome des höheren Lebensalters. *Nervenarzt* 35 (1964) 194
104. Lauter, H.: Das organische Psychosyndrom als geriatrisches Problem, in: Bergener, M./Kulenkampff, C. (Hrsg.): *Gerontopsychiatrie 1*, Janssen Symposien, Bd. 5 Köln 1971
105. Lauter, H.: Organisch bedingte Alterspsychosen, in: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II/2, Berlin-Heidelberg-New York 1972
106. Lauter, H.: Depressionen im Rückbildungsalter, in: *Das ärztliche Gespräch*, Tropon-Werke, Köln 1973 (Symposien 1971)
107. Lauter, H./Meyer, J.E.: Clinical and nosological concepts of Senile Dementia, in: Müller, C./Ciompi, L. (Hrsg.): *Senile Dementia*, Bern-Stuttgart-Wien 1968, 13-26
108. Lehr, U.: Veränderungen der Daseinsthematik der Frau im Erwachsenenalter, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): *Altern - Probleme und Tatsachen*, Frankfurt a.M. 1972, 469-504
109. Lehr, U.: Zur Problematik des Menschen im reifen Erwachsenenalter - eine sozialpsychologische Interpretation der "Wechseljahre", in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): *Altern - Probleme und Tatsachen*, Frankfurt a.M. 1972, 227-234
110. Lehr, U.: *Psychologie des Alterns*, UTB 55, Heidelberg 1974
111. Lehr, U./Dreher, G.: Psychologische Probleme der Pensionierung, in: Schubert, R. (Hrsg.): *Herz und Atmungsorgane im Alter*, *Psychologie und Soziologie in der Gerontologie*. Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie Bd. 1, Darmstadt 1968
112. Lehr, U./Thomae, H.: Die Stellung des älteren Menschen in der Familie, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): *Altern - Probleme und Tatsachen*, Frankfurt a.M. 1972 382-409
113. Lehr, U./Rudinger, G.: Strukturen der sozialen Teilhabe im höheren Lebensalter, *Kongreßbericht*, Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Darmstadt 1970, 81-84
114. Lehr, U./Thomae, H.: Die Stellung des älteren Menschen in der Familie, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): *Altern - Probleme und Tatsachen*, Frankfurt a.M. 1972, 381-409

115. Lieberz, K./Bolm, H./Buckler, R./Kanowski, S./Schröter, O./Werner, V.: Erfahrungen mit einer gerontopsychiatrischen Sozialdokumentation im Rahmen einer Untersuchung verschiedener geriatrischer Populationen, Berlin 1974, unveröffentl.
116. Lieberz, K./Bolm, H./Buckler, R./Kanowski, S./Schröter, O./Werner, V.: Erfahrungen mit einer gerontopsychiatrischen Basisdokumentation im Rahmen einer Untersuchung verschiedener geriatrischer Populationen. Vortrag, gehalten auf dem 4. Symposion der Gerontopsychiatrie AG, Göttingen 1974
117. Lingesleben, O.: Die Bedeutung von Geschlecht und Familienstand im Alter, in: Schubert, R.(Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altersfürsorge. Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Bd. 3, Darmstadt 1970, 300-304
118. Lowenthal, M.F.: Some social dimensions of psychiatric disorders in old age, in: Williams, R./Tibbitts, C./Donahue, W. (Hrsg.): Processes of aging II, New York 1963
119. Lowenthal, M.F.: Social isolation and mental illness in old age, Amer. Soc. Rev. 29 (1964) 54-70
120. Lowenthal, M.F.: Antecedents of isolation and mental illness in old age, Arch. gen. Psychiat. 12 (1965) 245
121. Maddox, G./Eisdorfer, C.: Zusammenhänge zwischen Aktivität und Stimmung bei älteren Menschen, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 235-249
122. Matussek, P.: Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen, Arch. Psychiat. Nervenkr. 197 (1958) 91
123. Mayntz, R./Holm, K./Hübner, P.: Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie, Opladen 1972
124. Mitscherlich, A./Brocher, T./v.Mering, O./Horn, K. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln-Berlin 1970 Neue wissenschaftl. Bibliothek 22
125. Moeller, M.L.: Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung Argument 71 (1972) 88-109

126. Müller, C.: Alterspsychiatrie. Stuttgart 1967
127. Müller-Fahlbusch, H.: Endogen depressive Phasen nach dem Tode eines Angehörigen. Nervenarzt 42 (1971) 426-431
128. Müller-Fahlbusch, H./Ihda, S.: Endogene Depressionen bei Wohnungswechsel. Nervenarzt 38 (1967) 247-251
129. Müller-Hegemann, D.: Über Homiopathien (Psychosen bei schweren Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen). Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 9 (1957) 291
130. Müller-Hegemann, D.: Beitrag zur Psychopathologie der sozialen Isolierung. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 10 (1958) 347
131. Munnichs, J.M.A.: Loneliness, isolation and social relations in old age. Vita humana 7 (1964) 228-238
132. Neugarten, B.L./Havighurst, R.J./Tobin, S.S.: The measurement of life satisfaction. J. Geront. 16 (1961) 134-143
133. Nielsen, J.: Geronto-psychiatric period prevalence investigation in a geographically delimited population, Acta Psychiat. Scand. 38 (1962) 307
134. Oesterreich, K.: Depressives Syndrom als Reaktion - zur Multifaktorialität depressiver Störungen im mittleren und höheren Lebensalter, z. Gerontologie 6 (1973) 441-450
135. Owens, W.A.: Age and mental abilities: a second follow up. J. educ. Psychol. 57 (1966) 311-325
136. Palmore, E.B.: Unterschiede hinsichtlich der Pensionierung bei Männern und Frauen, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972 320-331
137. Papperitz, V.: Anamneseerhebung als standardisiertes Interview. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 24 (1972) 27-34
138. Parkes, C.M.: Recent bereavement as a cause of mental illness. Brit. J. Psychiat. 110 (1964) 198
139. Pauleikhoff, B.: Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Arch. Psychiat. ges. Neurol. 197 (1958) 669-685

140. Pauleikhoff, B.: Über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch situative Einflüsse. Arch. Psychiat. Nervenkr. 198 (1959) 456-470
141. Pflanz, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 28 (1960) 471
142. Pflanz, M.: Gesundheitsverhalten, in: Mitscherlich et al. (Hrsg.): Der Kranke in der moderenen Gesellschaft, Köln-Berlin 1970, 283-289
143. Pflanz, M./Pinding, M./Armbrüster, K.W./Török, M.: Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten, in: Mitscherlich et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln-Berlin 1970, 290-303
144. Phillips, D.L.: Datengewinnung als ein sozialer Prozeß: Implikationen für Untersuchungen der "wahren Prävalenz" psychischer Störungen, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974
145. Floeger, A.: Die soziale Dimension in der Psychiatrie - Anthropologisch-theoretische Konzeption, Münch.med.Wschr. 115, (1973) 2265-2268
146. Floeger, A.: Die soziale Dimension in der Psychiatrie - Praktische Folgerungen, Münch. med. Wschr. 115 (1973) 2269 - 2274
147. Poeck, K.: Neurologie. Berlin-Heidelberg-New York 1972
148. Poeck, K./Hartje, W./Kerschensteiner, M./Orgass, B.: Sprachverständnisstörungen bei aphasischen und nicht-aphasischen Hirnkranken. Dtsch. med. Wschr. 98 (1973) 173-147
149. Pöldinger, W.: Über Notwendigkeit und Möglichkeiten der standardisierten Befunderhebungen in der Psychiatrie, in: Kranz, H./Heinrich, K.: Psychiatrie im Übergang. 4. Bad Kreuznacher Symposion 1968, Stuttgart 1969
150. Pöldinger, W.: Suizidalität, Depression und Angst, in: Kielholz, P. (Hrsg.): Depressive Zustände, Erkennung, Bewertung, Behandlung, Bern-Stuttgart-Wien 1972
151. Post, F.: Spezielle Alterspsychiatrie in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/2, Berlin-Heidelberg-New York 1972

152. Post, F.: Social factors in old age psychiatry, *Geriatrics* 13 (1958) 576-580
153. Primrose, E.J.R.: Psychological illness: a community study  
London 1962
154. Radebold, H.: Regressive Phänomene im Alter und ihre Bedeutung in der Genese depressiver Erscheinungen.  
*Z. Gerontologie* 6 (1973) 409-419
155. Redlich, F.C.: Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie, in: Mitscherlich, A. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Köln-Berlin 1970, 88-110
156. Redlich, F.C./Freedman, D.X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Frankfurt a.M. 1970
157. Reimann, H.: Psychische Alterserkrankungen in Mannheim, in: Bergener, M. (Hrsg.): *Gerontopsychiatrie* 3, Janssen Symposien Bd. 13, Düsseldorf 1973, 39-52
158. Reimann, H./Häfner, H.: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim. *Social Psychiatry* 7 (1972) 53-69
159. Reimer, F. (Hrsg.): Anlage oder Umwelt. Beiträge zur Kausalitätsfrage in der Psychiatrie. Janssen Symposien, Bd. 7  
Weinsberg 1971 (Weinsberger Kolloquium)
160. Renner, M.: Strukturen sozialer Teilhabe im höheren Lebensalter. Inaug. Dissertation Universität Bonn 1969
161. Riegel, K.F.: Ergebnisse und Probleme der psychologischen Alternsforschung, in: Thomae, H. und Lehr, U. (Hrsg.): *Altern - Probleme und Tatsachen*, Frankfurt a.M. 1972
162. Ringel, E.: Der gegenwärtige Stand der Selbstmordprophylaxe  
*Dtsch. Ärzteblatt* 22 (1972) 1411
163. Rome, H.P.: Das Depressive Syndrom - seine sozialpsychiatrischen Implikationen, in: Kielholz, P. (Hrsg.): *Die larvierte Depression*, Bern-Stuttgart-Wien 1973
164. Rosenmayr, L.: Soziologie des Alterns, in: König, R. (Hrsg.) *Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, Bd. 7, Stuttgart 1976, 218-406
165. Rosenmayr, L./Köckeis, E.: Umwelt und Familie alter Menschen  
Neuwied-Berlin 1965

166. Rosenmayr, L./Köckeis, E.: Sozialbeziehungen im höheren Lebensalter, in: Thoma, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 415-433
167. Rosow, I.: Adjustment of the Normal aged, in: Williams, R./Tibbitts, C./Donahue, W.: Processes of aging II, New York 1963
168. Roth, M./Kay, D.W.K.: Social, Medical and Personality Factors Associated with Vulnerability to Psychiatric Break-down in Old Age. Geront. clin. 4 (1962) 147-160
169. Sainsbury, P.: Suicide in later life, Geront. clin. 4 (1962) 161-170
170. Sainsbury, P.: Social and epidemiological aspect of Suicide with special reference to the aged, in: Williams, R./Tibbitts, C./Donahue, W.: Processes of aging II, New York 1963
171. Scheuch, E.: Das Interview in der Sozialforschung, in: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Stuttgart 1973, 66-190
172. Schied, H./Tölle, R.: Psychosoziale Faktoren bei endogener Depression, dargestellt an zwei Familien, in: Reimer, F. (Hrsg.): Anlage oder Umwelt. 3. Weinberger Kolloquium, Janssen Symposien, Bd. 7, Weinberg 1971, 37-39
173. Schimmelpfennig, G.W.: Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte, Basel 1965
174. Schindler, R.: Die psychischen Faktoren der senilen Dekompensation, Wien. Z. Nervenheilkunde 6 (1963) 184-204
175. Schmidt-Scherzer, R.: Bericht über die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie, in: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien, Bd. 13, Düsseldorf 1973
176. Schmidt-Scherzer, R./Renner, M./Olbrich, E.: Freizeit und Alter, in: Schubert, R. (Hrsg.): Herz und Atmungsorgane im Alter. Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Bd. 1, Darmstadt 1968

177. Schmitt, W.: Psychopathologie - Dokumentation - Statistik: Versuch einer Synthese, in: Kranz, H. (Hrsg.): Psychopathologie heute, Stuttgart 1962
178. Schmitt, W.: Über die Dokumentation klinischer Daten und Befunde, Erfahrungen mit der EDV in der Nervenlinik, in: Kranz, H./Heinrich, K.: Psychiatrie im Übergang. 4. Bad Kreuznacher Symposium 1968, Stuttgart 1969
179. Schneider, H.D.: Aspekte des Alterns, Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung, Frankfurt a.M. 1974
180. Schrappe, O.: Zur Psychopathologie und Klinik von Psychosen im Involutions- und späteren Lebensalter. Zschr. f. Allgemeinmedizin 48 (1972) 1589-1596
181. Schreiner, M.: Gegenwärtige Lebenssituation und Zukunftsgedanken älterer Menschen. Z. Gerontol. 3 (1970) 272-282
182. Schubert, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge. Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Bd. 1 und 3, Darmstadt 1968 und 1970
183. Schulte, P.W.: Die Verteilung depressiver Krankheitsbilder in Nervenarztpraxen und in psychiatrischen Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung des höheren Lebensalters. Z. Gerontologie 6 (1973) 458-465
184. Schulte, W.: Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestation neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen. Nervenarzt 22 (1951) 140
185. Shanas, E. et al.: Old people in three industrial societies. New York 1968
186. Sheldon, I.H.: The social medicine of old age. Oxford Univ. Press 1948
187. Simons, H./Mehler, D./Erlemeier, N.: Aspekte der psychologischen Anpassung im höheren Lebensalter, in: Schubert, R. (Hrsg.): Herz und Atmungsorgane im Alter, Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Bd.1, Darmstadt 1968
188. Sollberg, G.: Zur Differenzierung der Paraphasien, Dtsch. Z. Nervenheilk. 186 (1965) 511-520

189. Srole, L./Langner, S.: Sozioökonomische Statusgruppen: Ihr Verteilungsmuster psychischer Gesundheit, in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974, 66-90
190. Statistisches Landesamt Berlin: Die Lebensverhältnisse der älteren Mitbürger Berlins (West) Mitte 1965, Sonderheft 130
191. Statistisches Landesamt Berlin: Ergebnisse der Volkszählung vom 27. 5. 1970, Sonderdruck
192. Stauder, K.H.: Über den Pensionierungsbankrott. Psyche 9 (1955) 481
193. Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt 1969
194. Stenstedt, A.: Involuntional melancholia. Acta Psychiat. Neurol Suppl. 127 (1959)
195. Sternberg, E.: Neuere Forschungsergebnisse bei spätschizophrenen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 40 (1972) 631
196. Störmer, A. (Hrsg.): Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Bd. 4, Geroprophylaxe, Infektions- und Herzkrankheiten, Rehabilitation und Sozialstatus im Alter, Darmstadt 1970
197. Tartler, R.: Innere Nähe durch äußere Distanz, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 410-414
198. Tallmer, M./Kutner, B.: Disengagement and morale. Gerontologist 10 (1970) 317-320
199. Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1961
200. Tews, H.P.: Soziologie des Alterns, Bd. 1 und 2 Heidelberg 1971
201. Thomae, H.: Persönlichkeit und Altern, in: Schubert, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge. Veröffentlichungen der Dtsch. Gesellschaft für Gerontologie, Bd. 1 Darmstadt 1968
202. Thomae, H.: Psychische und soziale Aspekte des Alterns. Zschr. Gerontol. 1 (1968) 43-55

203. Thomae, H.: Die Bedeutung der kognitiven Persönlichkeits-  
theorie für die Theorie des Alterns. Zschr. Gerontol. 4  
(1971) 8-18
204. Thomae, H.: Zur Entwicklungs- und Sozialpsychologie des  
alternden Menschen, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Al-  
tern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 1-17
205. Thomae, H./Lehr, U.: Altern - Probleme und Tatsachen,  
Frankfurt a.M. 1972
206. Thomae, H./Simons, H.: Reaktionen auf Belastungssituationen  
im mittleren und höheren Lebensalter, in: Thomae, H./Lehr,  
U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M.  
1972, 545-566
207. Thome, R./Wagner, G.: Dokumentation, Datenverarbeitung und  
Statistik in der Medizin, Stuttgart-New York 1975
208. Thompson, W.E./ Streib, G.F.: Gesundheit und ökonomische  
Bedingungen als situative Determinanten im Ruhestand, in:  
Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsa-  
chen, Frankfurt a.M. 1972, 299-319
209. Tismer-Puschner, I.: Äußerungsformen sozialbezogener Thema-  
tik, in: Störmer, A. (Hrsg.): Geroprophylaxe, Infektions-  
und Herzkrankheiten, Rehabilitation und Sozialstatus im Al-  
ter, Darmstadt 1970, 96-100
210. Tobin, S./Neugarten, B.L.: Life satisfaction and social in-  
teraction in the aging. J. Gerontol. 16 (1961) 344-346
211. Townsend, P.: Measuring incapacity for self care, in:  
Williams/Tibbitts/Donahue (Hrsg.): Processes of aging,  
Vol. II, New York 1963
212. Townsend, P./Tunstall, S.: Isolation, desolation and  
loneliness, in: Shanas, E. et al.: Old people in three  
industrial societies, New York 1968
213. Van Eimeren, W.: Computer Einsatz in der Psychiatrie.  
Fortschr. Neurol. Psychiat. 39 (1971) 566
214. Vogel, T./Lungershausen, E.: Soziale und andere exogene  
Faktoren im Vorfeld depressiver Psychosen des Involutions-  
alters. Arch. Psychiat. Nervenkr. 219 (1974) 187-196

215. Weitbrecht, H.J.: Zur Frage der Demenz, in: Kranz, H. (Hrsg.): Psychopathologie heute, Stuttgart 1962
216. Weitbrecht, H.J.: Auslösung endogener Psychosen, in: Hippus/Selbach (Hrsg.): Das depressive Syndrom, München-Berlin-Wien 1969
217. Weitbrecht, H.J.: Aus dem Vorfeld endogener Psychosen. Nervenarzt 35 (1964) 521-529
218. Welford, A.T.: Ältere Menschen in der Industriearbeit, in: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt a.M. 1972, 269-283
219. Wiendieck, G.: Entwicklung einer Skala zur Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. Z. Gerontol. 3 (1970) 215-224
220. Wiendieck, G.: Sozialpsychologische Determinanten des Alterssuizids. Nervenarzt 41 (1970) 220
221. Williams, R./Tibbitts, C./Donahue, W.: Processes of aging Vol. I und II, New York 1963
222. Wirtschaft und Statistik, Heft 3, 1972, 197-201
223. Zerbin-Rüdin, E.: Genetische Aspekte der psychiatrischen Erkrankungen des höheren Lebensalters, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/2, Berlin-Heidelberg-New York 1972
224. Zutt, J.: Über Daseinsordnungen, Die Bedeutung für die Psychiatrie. Nervenarzt 24 (1953) 177

VI. Anhang: Ausgangsdokumentationssystem

STANDARDISIERTES VORGEHEN BEI DER ÜBERPRÜFUNG  
DES GERONTOPSYCHIATRISCHEN DOKUMENTATIONSSYSTEMS,  
PSYCHISCHER BEFUND, BLATT 1 (PRÜFUNG AUF GEDÄCHTNIS-  
STÖRUNGEN, SPRACHSTÖRUNGEN UND DYSPRAXIEN)

---

Prüfung der Merkfähigkeit:

Alle Untersuchungsergebnisse werden auf einem besonderen Blatt im Klartext vermerkt. Die Einteilung und Verschlüsselung des verschiedenen Grads der Störungen nach "leicht", "mittel", "schwer" soll erst nach Vorliegen der erhaltenen Untersuchungsergebnisse vorgenommen werden. Um den Kontakt zu den Patienten nicht zu sehr zu erschweren, soll mit den operationslisierten Untersuchungsgängen erst nach Abschluß der übrigen Untersuchungen begonnen werden. Dabei sollte mit der Prüfung der Merkfähigkeit für Gegenstände angefangen werden: Den Probanden werden 4 Gegenstände (Schlüsselbund, Streichholzschachtel, Bleistift und Kamm) vorgelegt. Um aphasische und agnostische Störungen bei der Bewertung der verschiedenen Gedächtnisfaktoren auszuschließen, sollen die Gegenstände vom Probanden benannt werden. Danach wird der Proband aufgefordert, sich diese Gegenstände zu merken. Hierauf werden sie wieder aus seinem Blickfeld entfernt.

Anschließend werden die Prüfung der Merkfähigkeit für Zahlen und Wörter durchgeführt. Den Probanden werden Serien von Zahlen vorgesprochen, die er nach ca. 10 Sekunden nachsprechen soll. Bei richtiger Wiederholung wird zur nächstlängeren Serie übergegangen. Wird ein Fehler gemacht, wird zunächst eine weitere Serie derselben Länge vorgesprochen. Als Ergebnis wird die Anzahl von zuletzt korrekt nachgesprochenen Zahlen festgehalten (z.B. keine Serie korrekt nachgesprochen ist gleich 0; 1, 8, 6, 3 ist gleich 4; begonnen wird mit 2 Zahlen, s. auch Extrablatt).

### Prüfung der Merkfähigkeit für Wörter:

6 Wörter werden vorgesprochen und nach ca. 10 Sekunden vom Probanden wiederholt. Festgehalten wird die Anzahl der richtig wiedergegebenen Wörter (also zwischen 0 und 6).

Erst jetzt werden die zuerst gezeigten Gegenstände abgefragt und ebenfalls das Ergebnis notiert (Zahl der richtig erinnerten Gegenstände).

### Merkfähigkeit für Formen:

4 auf einem DIN A 4 - Bogen vorgegebene geometrische Figuren, die 10 Sekunden vorgelegt worden sind, sollen nach einer Zwischenzeit von 10 Sekunden aus 8 Figuren herausgefunden werden.

### Merkfähigkeit für Farben:

4 Buntstifte (beige, gelb, weiß und orange), die ebenfalls 10 Sekunden gezeigt worden sind, sollen nach einer Zwischenzeit von 10 Sekunden in einem Buntstiftkasten aus anderen Farbstiften herausgefunden werden. Hieran kann sich die Prüfung auf konstruktive Apraxie mit dem Legen eines Dreiecks aus Bleistiften anschließen.

Prüfung des Frisch- und Altgedächtnisses nach den Glossar.

### APHASIEN:

Auf eine motorische Aphasie wird aus der Störung der sprachlichen Funktion des Patienten bei der Anamneseerhebung geschlossen. Auf eine sensorische Aphasie kann aus dem Verständnis und der Durchführung der gestellten Prüfungen geschlossen werden. Zur Diagnose einer amnestischen Aphasie kann die in der Merkfähigkeitsprüfung verlangte Benennung von Gegenständen dienen.

\*) Faber-Castell, Gold Faber 12 Kurz-Best.-Nr. 4114 D

Alexie:

Der vorgegebene Text soll vorgelesen werden.

Agraphie:

Als leichtere Aufgabe sollen zunächst Name und Adresse des Patienten von diesem mit Bleistift auf ein DIN A 4 - Blatt aufgeschrieben werden. Dann wird der erste Satz des bei der Alexieprüfung verwendeten Textes vorgelesen und soll nachgeschrieben werden. Hieran kann sich die Prüfung auf konstruktive Dyspraxie mit dem räumlichen Nachzeichnen eines Kubus anschließen.

Akalkulie:

Zunächst fortlaufende Subtraktion von jeweils 3. Begonnen wird mit 100, der Untersucher rechnet zunächst 97, 94 und 91 vor und läßt dann den Probanden weiterrechnen. Dann sollen die Zahlen 7 und 8 multipliziert werden, falls das mißlingt, die Zahlen 3 und 2.

AGNOSIEN:

Prüfung nach den Angaben im Glossar.

## Untersuchung der Dyspraxie

Um eine Dyspraxie festzustellen, haben wir uns auf das folgende, von uns standardisierte Verfahren geeinigt.

Zur Prüfung einer ideomotorischen Dyspraxie lassen wir den Patienten

die Stirn runzeln,  
pfeifen,  
Augen kneifen,  
die Zunge herausstrecken.

Diese Untersuchung könnte zweckmäßigerweise mit der Überprüfung der Hirnnerven verbunden werden.

Zur Überprüfung einer ideatorischen Dyspraxie beobachten wir, ob der Patient in der Untersuchung auf Merkfähigkeit von Farben der Aufforderung, die Buntstifte herauszusuchen und in der Untersuchung auf konstruktive Dyspraxie diese zu einer Figur zu legen, nachkommen kann. Außerdem lassen wir den Patienten vor der körperlichen Untersuchung ein Kleidungsstück selbständig ausziehen.

Um das Vorhandensein einer konstruktiven Dyspraxie festzustellen, lassen wir den Patienten einen Kubus nachzeichnen und mit den Buntstiften ein Dreieck legen. Die erste Untersuchung könnte zeitlich mit der auf Agraphie und zweitens mit der auf Merkfähigkeit von Farben verbunden werden.

Sollten sich Hinweise auf eine Dyspraxie finden lassen, ist eine nähere Überprüfung mit den Tonnen vereinbart. Zur Prüfung der konstruktiven Dyspraxie kann vom Patienten ein Turm aus den einzelnen Tonnen gebaut werden.

Die Beurteilung wollen wir wie folgt vornehmen:

- "schwer": unfähig zur Ausführung der verschiedenen Handlungsabläufe.
- "mittel": erheblich beeinträchtigt im täglichen Leben.
- "leicht": Symptom vorhanden, ohne einen alltäglich notwendigen Funktionsablauf zu stören.

| nicht<br>erhoben<br>... |       | nicht<br>abklarbar |       |       |       |       |       |       |    |
|-------------------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 0-20                    | 21-30 | 31-40              | 41-50 | 51-60 | 61-65 | 66-70 | 71-80 | 81-90 | 90 |

## Angaben zur Person

|    |    |    |    |    |        |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|
| 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5      | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 00 | 10 | 20 | 30 | 40 | Klinik | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |

## Gedächtnisstörungen

|                                         |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Auffassungsstörungen                    | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Konzentrationsstörungen                 | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Merkfähigkeitsstörungen für Zahlen      | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Merkfähigkeitsstörungen für Wörter      | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Merkfähigkeitsstörungen für Gegenstände | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Merkfähigkeitsstörungen für Formen      | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Merkfähigkeitsstörungen für Farben      | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Störungen des Frischgedächtnisses       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Störungen des Allgedächtnisses          | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Gesteigerte Löschvorgänge               | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Hypermesie des Allgedächtnisses         | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Gedächtnisfälschungen                   | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Konfabulationen                         | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Zeitgitterstörungen                     | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| andere Störungen                        | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

## Sprachstörungen / Aphasien

|                                  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Echolalie / Palilalie            | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Dysarthrie                       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Logoklonien                      | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Motorische Aphasie               | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Sensorische Aphasie (Paraphasie) | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Amnestische Aphasie              | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Alexie                           | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Agraphie                         | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Akalkulie                        | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

## Agnosien

|                  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Stereoagnosie    | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Digitale Agnosie | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Somatopagnosie   | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Anosognosie      | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Visuelle Agnosie | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

Gerontopsychiatrie -  
Psychischer Bef. I

|           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Ger Psych |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |
| 1         | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |  |
| 10        | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |  |

## Grad des psychoorganischen Syndroms

|                                            |                       |
|--------------------------------------------|-----------------------|
| ..... nicht erhoben                        | ..... nicht abklärbar |
| ..... 0                                    | ..... 1               |
| ..... 2                                    | ..... 3               |
| ..... 4                                    | ..... 5               |
| Alter bei Beginn des psychoorgan. Syndroms |                       |
| ..... nicht zutreffend                     |                       |
| ..... nicht erhoben                        |                       |
| ..... nicht abklärbar                      |                       |
| 0-20                                       | 21-30                 |
| 31-40                                      | 41-50                 |
| 51-60                                      | 61-65                 |
| 66-70                                      | 71-80                 |
| 81-90                                      | >90                   |

## Dyspraxien

|                          |       |       |       |       |       |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ideomotorische Dyspraxie | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Ideatorische Dyspraxie   | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Konstruktive Dyspraxie   | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

## Intelligenz

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Klin Beurt              | Test Resultat |
| ..... nicht erhoben     | .....         |
| ..... nicht abklärbar   | .....         |
| ..... überdurchschn.ttl | >110          |
| ..... durchschnittlich  | 91-110        |
| ..... leicht vermindert | 71-90         |
| ..... schwer vermindert | <70           |

## Bewußtseinsstörung

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| ..... nicht erhoben          | ..... nicht abklärbar |
| ..... nicht erweckbar        | .....                 |
| ..... reagiert auf Schmerzr. | .....                 |
| ..... reagiert auf Anrufen   | .....                 |
| ..... erschwerte Ansprechbar | .....                 |
| ..... rasch wechselnd        | .....                 |
| ..... traumhafte Verwirrth.  | .....                 |
| ..... andere                 | .....                 |

## Orientierungsstörung

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| ..... nicht erhoben | ..... nicht abklärbar |
| ..... zeitlich      | .....                 |
| ..... örtlich       | .....                 |
| ..... situativ      | .....                 |
| ..... autopsychisch | .....                 |

|                         |        |        |        |             |
|-------------------------|--------|--------|--------|-------------|
| fragl.vorh.             | leicht | mittel | schwer | nicht beur. |
| Wahn                    | keine  |        |        |             |
| Wahnstimmung            | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Wahnwahrnehmung         | .....  | .....  | .....  | .....       |
| W.-Einfall/W.-Gedanken  | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Wahndynamik             | .....  | .....  | .....  | .....       |
| systematisierter Wahn   | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Schuldewahn             | .....  | .....  | .....  | .....       |
| hypochondr. Wahn        | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Verarmungswahn          | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Größenwahn              | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Beziehungswahn          | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Beeinträcht.-Verf.-Wahn | .....  | .....  | .....  | .....       |
| Eifersuchtschwahn       | .....  | .....  | .....  | .....       |
| andere Wahn             | .....  | .....  | .....  | .....       |

## Sinnestäuschungen

|                             |       |       |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Illusionen                  | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Stimmenhören                | ..... | ..... | ..... | ..... |
| and. akust. Halluzinat.     | ..... | ..... | ..... | ..... |
| optische Halluzinat.        | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Körperhall/Körpergefühlst.  | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Dermatozoenwahn             | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Geruchs- u. Geschmackshall. | ..... | ..... | ..... | ..... |
| andere Störungen            | ..... | ..... | ..... | ..... |

## Gerontopsychiatrie - Psychischer Bef. II

[illegible]

# Gerontopsychiatrie- Somatischer Bef.

## Angaben zur Person

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 00 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |    |

## Allgemeine körperliche Störungen

Sehstörungen ☐ nicht erhoben  
☐ nicht abklärbar  
☐ leicht  
☐ mittel  
☐ schwer

Hörstörungen ☐ keine

Kardiovaskuläre Stör. ☐ keine

Herzinsuffizienz ☐

Hypertonie ☐

Hypotonie/Dysreg./Hypotonie ☐

Extracerebrale art. Verschlüßkr. ☐

Venenthrombose/Varizen ☐

andere ☐

Erkrankungen des respirator. Systems ☐ keine

Pneumonie ☐

Emphysem-Bronchitis ☐

Asthma ☐

andere ☐

Erkrankungen des Verdauungssystems ☐ keine

Leberzellinsuffizienz ☐

andere ☐

Erkrankungen des Urogenitalsystems ☐ keine

Harnwegsinfekt ☐

Niereninsuffizienz ☐

andere ☐

Stoffwechselstör. ☐ keine

Diabetes mellitus ☐

Fettstoffwechselstör. ☐

Wasser-/Elektrolythaush. ☐

andere ☐

Erkrankungen des Bewegungsapparat. ☐ keine

Frakturen ☐

Arthropathien ☐

Erkr. der Wirbelsäule ☐

andere ☐

Vegetative Störungen ☐ keine

Hypersalivation ☐

Mundtrockenheit ☐

Akkommodationsstör. ☐

Ubelkeit ☐

Schwitzen ☐

Obstipation ☐

Durchfälle ☐

Durst vermehrt ☐

Durst vermindert ☐

Appetit vermehrt ☐

Appetit vermindert ☐

Kopfschmerzen ☐

Schwindel ☐

andere ☐

Chronische Schmerz Zustände ☐ keine

Chronische konsumptive Prozesse ☐ keine

Malignome ☐

andere ☐

Körperlicher Gesundheitszust. global

nicht erhob. nicht abklärbar. gut mittel schlecht

## Ger. Psych

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |

## Neurologische Störungen

Motorische Störungen ☐ keine

Muskelhypotonie ☐

Muskelhypertonie ☐

Rigor ☐

Akinese ☐

Akathisie ☐

grobschlagiger Tremor ☐

feinschlagiger Tremor ☐

Intentionstremor ☐

choreiforme Hyperkinesen ☐

athetotische Hyperkinesen ☐

dystone Hyperkinesen ☐

persistierende Dyskinesen ☐

passagere Dyskinesen ☐

Pyramidenzeichen ☐

Paresen ☐

Lähmungen ☐

andere mot. Störungen ☐

Sensibilitätsstörungen ☐ keine

nicht erhob. nicht abklärbar

Koordinationsstör. ☐ keine

cerebrale Ataxie ☐

cerebellare Ataxie ☐

spinale Ataxie ☐

Nystagmus ☐

Hirnstammssympt. ☐ keine

nicht erhob. nicht abklärbar

Andere neurol. Störungen ☐

Primitivreflexe ☐ keine

nicht abklärbar

Händigkeit ☐

rechts ☐

links ☐

beidseitig ☐

Cerebrale Anfälle ☐ keine

generalisiert ☐

partiell ☐

sek. generalisiert ☐

psychomotor. Anfälle ☐

andere ☐

Sonstige Stör. d. ZNS ☐ keine

transit. Ischämie ☐

andere ☐

Psychogene Störung ☐ keine

Psychogene Anfälle ☐

andere ☐

Zusatzuntersuchungen ☐ keine

EKG ☐

EEG ☐

PEG ☐

ODG ☐

Liquor ☐

Psychol. Tests ☐

andere ☐

## IBM 15049-103 000

| Ger. Psych.      |          |          |          |          |      |          |        |         |         | 5       |       |
|------------------|----------|----------|----------|----------|------|----------|--------|---------|---------|---------|-------|
|                  | 1        | 2        | 3        | 4        |      | 5        | 6      | 7       | 8       | 9       |       |
| Aufn.-Datum      | 10. Jan. | 20. Feb. | 30. März | April    | Tag  | Monat    | Mai    | Juni    | Juli    | Aug.    | Sept. |
|                  | 1973     | 74       | 75       | 76       | Jahr | 77       | 78     | 79      | 80      | 81      |       |
| Entlasungs-Datum | 1. Jan.  | 2. Feb.  | 3. März  | 4. April | Tag  | 5. Monat | 6. Mai | 7. Juni | 8. Juli | 9. Nov. | Dez.  |
|                  | 1973     | 74       | 75       | 76       | Jahr | 77       | 78     | 79      | 80      | 81      |       |
|                  | 1        | 2        | 3        | 4        |      | 5        | 6      | 7       | 8       | 9       | 10    |
|                  | 11       | 12       | 13       | 14       | 15   | 16       | 17     | 18      | 19      | 20      |       |
|                  | 21       | 22       | 23       | 24       | 25   | Reserve  | 26     | 27      | 28      | 29      | 30    |
|                  | 31       | 32       | 33       | 34       | 35   |          | 36     | 37      | 38      | 39      | 40    |

|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

T H Z E

| Ersterkrankungsalter |       | Bestimmung |        |        |       |       |       |       |     |
|----------------------|-------|------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|
|                      |       | leicht     | mittel | schwer |       |       |       |       |     |
| 0-20                 | 21-30 | 31-40      | 41-50  | 51-60  | 61-65 | 66-70 | 71-80 | 81-90 | >90 |

| Ersterkrankungsalter |       |       |       |       |  | Bestimmung |        |       |        |     |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|--|------------|--------|-------|--------|-----|
|                      |       |       |       |       |  | leicht     | mittel |       | schwer |     |
| 0-20                 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 |  | 61-65      | 66-70  | 71-80 | 81-90  | >90 |

| Ersterkrankungsalter |       |       |       |       | Bestimmung |       |       |       |     | leicht | mittel | schwer |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-----|--------|--------|--------|
| 0-20                 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-65      | 66-70 | 71-80 | 81-90 | >90 |        |        |        |

|                      |       |       |       |       |  | Diagn. Zuordnung |        |        |        |     |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|--|------------------|--------|--------|--------|-----|
| Ersterkrankungsalter |       |       |       |       |  | Bestimmung       | leicht | mittel | schwer |     |
| 0-20                 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 |  | 61-65            | 66-70  | 71-80  | 81-90  | >90 |

| Ersterkrankungsalter |       |       |       |       | Bestimmung |       |       |       |     | leicht | mittel | schwer |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-----|--------|--------|--------|
| 0-20                 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-65      | 66-70 | 71-80 | 81-90 | >90 |        |        |        |

# Gerontopsychiatrie- Sozialanamnese 1

## Angaben zur Person

|    |    |    |    |    |        |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|
| 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5      | 6  | 7  | 8  | 9  |    |
| 00 | 10 | 20 | 30 | 40 | Klinik | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6      | 7  | 8  | 9  |    |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60     | 70 | 80 | 90 |    |    |

## ALTER BEI AUSBRUCH D. AKTUELLEN ERKRANKG.

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |

## VERANLASSUNG DER HOSPITALISATION

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| freiwillig     | unfreiwillig    |
| Partner        | Familie         |
| Arzt           | Nachbarn        |
| Gesundheitsamt | and. Behörden   |
| Suicidversuch  | anderes         |
| nicht erhoben  | nicht abklärbar |

## GRAD DER ADAPTION AN DAS OBJEKT, ALTER

|                                                    |                 |
|----------------------------------------------------|-----------------|
| fühlt sich altersentsprechend                      |                 |
| fühlt sich relativ jünger                          |                 |
| fühlt sich relativ älter                           |                 |
| ist sehr zufrieden mit jetziger Lebenssituation    |                 |
| ist weniger zufrieden mit jetziger Lebenssituation |                 |
| ist unzufrieden mit jetziger Lebenssituation       |                 |
| erinnert Kindheit als konfliktfrei                 |                 |
| erinnert Kindheit als konflikthaft                 |                 |
| erinnert späteres Leben als konfliktfrei           |                 |
| erinnert späteres Leben als konflikthaft           |                 |
| erlebt aktuelle Lebenssituation als konfliktfrei   |                 |
| erlebt aktuelle Lebenssituation als konflikthaft   |                 |
| nicht erhoben                                      | nicht abklärbar |

## SUBJEKTIV ANGENOMMENE

## KRANKHEITSFÖRDERNDE UMWELTEINFL.

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Liebe         | Sexualität      |
| Ehe           | Familie         |
| Gesellschaft  | Finanzen        |
| Vereinsamung  | Beruf           |
| anderes       |                 |
| nicht erhoben | nicht abklärbar |

## Ger. Soz.

|                            |      |      |      |       |       |      |      |      |      |      |
|----------------------------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|
| 1                          | 2    | 3    | 4    | 5     | 6     | 7    | 8    | 9    |      |      |
| 10                         | 20   | 30   | 40   | 50    | 60    | 70   | 80   | 90   |      |      |
| Datum d. Unter-<br>suchung | Jan. | Feb. | März | April | Monat | May  | Jun. | Jul. | Aug. | Sep. |
| 1973                       | 1974 | 1975 | 1976 | 1977  | 1978  | 1979 | 1980 | 1981 |      |      |
| 1                          | 2    | 3    | 4    | 5     | 6     | 7    | 8    | 9    |      |      |
| 10                         | 20   | 30   | 40   | 50    | 60    | 70   | 80   | 90   |      |      |
| 1                          | 2    | 3    | 4    | 5     | 6     | 7    | 8    | 9    |      |      |
| 10                         | 20   | 30   | 40   | 50    | 60    | 70   | 80   | 90   |      |      |
| 1                          | 2    | 3    | 4    | 5     | 6     | 7    | 8    | 9    |      |      |
| 10                         | 20   | 30   | 40   | 50    | 60    | 70   | 80   | 90   |      |      |
| 1                          | 2    | 3    | 4    | 5     | 6     | 7    | 8    | 9    |      |      |
| 10                         | 20   | 30   | 40   | 50    | 60    | 70   | 80   | 90   |      |      |

## FRÜHERE AUFENTHALTE IN KRANKENHÄUSERN ODER PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

### Anzahl der Erkrankungen

keine 1-3

mehr als 3

mehr als 6

|                                  | 1. Er-<br>krankg. | 2. Er-<br>krankg. | 3. Er-<br>krankg. |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| innerhalb der letzten 5 Jahre    |                   |                   |                   |
| innerhalb der letzten 6-10 Jahre |                   |                   |                   |
| psych. Erkrankung                |                   |                   |                   |
| nicht-psych. Erkrankg.           |                   |                   |                   |
| cerebrale Erkrankg.              |                   |                   |                   |
| nicht-cerebrale Erkrankg.        |                   |                   |                   |
| nicht erhoben                    |                   |                   |                   |
| nicht abklärbar                  |                   |                   |                   |
| remittiert                       |                   |                   |                   |
| teilremittiert                   |                   |                   |                   |
| unbeeinflusst                    |                   |                   |                   |
| nicht erhoben                    |                   |                   |                   |
| nicht abklärbar                  |                   |                   |                   |

## HILFSBEDÜRFTIGKEIT

|                                                |                      |
|------------------------------------------------|----------------------|
| völlige Hilflosigkeit                          |                      |
| im Haushalt                                    | bei der Körperpflege |
| z. T. notwendige Betreuung durch Institutionen |                      |
| teils bettlägerig                              | anderes              |
| nicht erhoben                                  | nicht abklärbar      |

## SOZIALE SCHICHTUNG

|            |                   |
|------------|-------------------|
| früher     | jetzt             |
|            | Hausfrau          |
|            | Selbständig       |
|            | Ltd. Beamter      |
|            | Beamter           |
|            | Ltd. Angestellter |
|            | Angestellter      |
|            | Facharbeiter      |
|            | Arbeiter          |
|            | Landwirt          |
|            | anderes           |
| n. erhoben | n. abklärbar      |

## PENSIONIERUNG

|           |              |
|-----------|--------------|
| ja        | nein         |
| n. erhob. | n. abklärbar |
| freiw.    | unfreiwillig |
| n. erhob. | n. abklärbar |

## ANZAHL DER JAHRE SEIT PENSIONIERUNG

|                  |              |
|------------------|--------------|
| 1/2 Jahr         |              |
| 1 Jahr           |              |
| 1-2 Jahre        |              |
| 2-5 Jahre        |              |
| mehr als 5 Jahre |              |
| n. erhob.        | n. abklärbar |

## IBM 15049-102 934

..... anderes ..... nicht erhoben ..... nicht abklärb

# Gerontopsychiatrie- Sozialanamnese 3

## Angaben zur Person

|    |    |    |    |                          |        |       |    |    |    |    |
|----|----|----|----|--------------------------|--------|-------|----|----|----|----|
| 0  | 1  | 2  | 3  | 4                        | 5      | 6     | 7  | 8  | 9  |    |
| 00 | 10 | 20 | 30 | 40                       | Klinik | 50    | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 1  | 2  | 3  | 4  | Beob.                    | 5      | 6     | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | Periode                  | 50     | 60    | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | Geb.                     | 5      | 6     | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | Tag                      | amb.   | stat. |    |    |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | Monat                    | 5      | 6     | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | Jahr                     | 50     | 60    | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | Geb.                     | 5      | 6     | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | Name                     | 50     | 60    | 70 | 80 | 90 |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | Lfd. Bef.                | 5      | 6     | 7  | 8  | 9  |    |
| 10 | 20 | 30 | 40 | Nr. in der Beob. Periode | 50     | 60    | 70 | 80 | 90 |    |

## GRÜNDE GEGEN ZUSAMMENWOHNEN

## MIT KINDERN / VERWANDTEN

- |                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| ..... Wohnraum                 | ..... Finanzen        |
| ..... Generationskonfl.        | ..... eigene Probleme |
| ..... Wunsch n. Unabhängigkeit | ..... anderes         |
| ..... nicht erhoben            | ..... nicht abklärbar |

## WOHNFORMEN

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ..... nur mit Ehepartner         | ..... wohnt allein                 |
| ..... m. Kindern ohne Ehepartner | ..... m. Ehepartner u. Kindern     |
| ..... anderes                    | ..... mit Bekannten                |
|                                  | ..... nicht erhob. .... n. abklär. |

## JETZIGER WOHNSTZ

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| ..... eig. Haus / Wohnung | ..... mit psychiat. Betreuung |
| ..... Untermiete          | ..... Mietwohnung             |
| ..... Altenheim           | ..... Altenwohnheim           |
| ..... nicht erhoben       | ..... Altenpflegeheim         |
|                           | ..... nicht abklärbar         |

## LAGE UND VERSORGUNG: JETZIGER WOHNSTZ

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| ..... Stadtgebiet            | ..... Landgebiet                 |
| ..... dicht besiedelt        | ..... wenig, dicht besiedelt     |
| ..... Verkehrslage ..... gut | ..... ausreichend ..... schlecht |

|                          |        |                |               |               |
|--------------------------|--------|----------------|---------------|---------------|
| erreichbare Geschäfte    | zu Fuß | Verkehrsmittel | nicht erhoben | nicht abklär. |
| med. u. sanit. Dienste   |        |                |               |               |
| Gaststätten              |        |                |               |               |
| Kulturelle Einrichtungen |        |                |               |               |
| öffentliche Dienste      |        |                |               |               |
| Grünflächen              |        |                |               |               |
| anderes                  |        | nicht erhoben  | n. abklär.    |               |

## WOHNUNGSWECHSEL

- |                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| ..... gewünscht  | ..... nicht gewünscht                |
| ..... weiß nicht | ..... nicht erhoben ..... n. abklär. |

FAKTOREN, WELCHE EINE EVENTUELLE  
ORTSVERÄNDERUNG BEEINFLUSSEN

- |                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| ..... Bindung an alte Wohnung | ..... Soziales Ansehen               |
| ..... neue Kontakte           | ..... frühere Mobilität              |
| ..... wirtschaftliche Lage    | ..... Gesundheitszustand             |
| ..... anderes                 | ..... nicht erhoben ..... n. abklär. |

## Ger. Soz.

|                  |      |      |      |       |         |      |      |      |    |    |
|------------------|------|------|------|-------|---------|------|------|------|----|----|
| 1                | 2    | 3    | 4    | 5     | 6       | 7    | 8    | 9    |    |    |
| Datum d. Unters. | 10   | 20   | 30   | Tag   |         |      |      |      |    |    |
| suchung          | Jan. | Feb. | März | April | Monat   | Mai  | Juni | Juli |    |    |
|                  | 1973 | 1974 | 1975 | 1976  | Jahr    | 1977 | 1978 | 1979 |    |    |
|                  |      |      |      |       |         |      |      |      |    |    |
| 0                | 1    | 2    | 3    | 4     | 5       | 6    | 7    | 8    | 9  |    |
| 00               | 10   | 20   | 30   | 40    | Reserve | 50   | 60   | 70   | 80 | 90 |

## VERÄNDERUNGEN: WOHNSTZITUATION

## Anzahl der Veränderungen (insgesamt).

|                                 |             |            |            |
|---------------------------------|-------------|------------|------------|
| keine                           | 1-3         | mehr als 3 | mehr als 6 |
| innerhalb letztes Halbjahr      | H A U F     | 1. Veränd. | 2. Veränd. |
| innerhalb des letzten 1. Jahres | F           |            |            |
| innerhalb der letzten 1-2 Jahre | G K E I T   |            |            |
| innerhalb der letzten 2-5 Jahre |             |            |            |
| vor 5 Jahren und länger zurück  |             |            |            |
| nicht erhoben                   |             |            |            |
| nicht abklärbar                 |             |            |            |
| Körperliche Behinderung         |             |            |            |
| psychische Behinderung          |             |            |            |
| finanzielle Gründe              | G R Ü N D E |            |            |
| Verlust Partner                 |             |            |            |
| Trennung Kinder                 |             |            |            |
| andere Faktoren                 |             |            |            |
| nicht erhoben                   |             |            |            |
| nicht abklärbar                 |             |            |            |

## BEVORZUGTE WOHNFORM

- |                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| ..... allein              | ..... mit Partner                   |
| ..... mit Kindern         | ..... mit Partn. u. Kindern         |
| ..... mit and. Verwandten | ..... mit Bekannten                 |
| ..... anderes             | ..... nicht erhob. .... nicht abkl. |

FALLS IN INSTITUTIONEN LEBEND:  
EINSTELLUNG ZU INSTITUTIONEN

- |                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| ..... positiv    | ..... negativ                       |
| ..... weiß nicht | ..... nicht erhob. .... nicht abkl. |

BESCHAFFENHEIT UND EINRICHTUNG  
DER INSTITUTION

- |                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| ..... Einbettzimmer     | ..... Mehrbettzimmer                |
| ..... Zweibettzimmer    | ..... fremdmöbliert                 |
| ..... eigenmöbliert     | ..... Fernsehmöglichkeit            |
| ..... Aufenthaltsraum   | ..... Beschäftigungstherap.         |
| ..... ärztl. Betreuung: | ..... Krankengymnastik              |
| ..... Heimarzt          | ..... niedergelass. Arzt            |
| ..... Psychiater        | ..... nicht erhob. .... nicht abkl. |

## WUNSCH, INSTITUTION ZU VERLASSEN

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| ..... eig. günstige Wohnung  | ..... finanz. Gründe                |
| ..... allein leben           | ..... m. Kindern leben              |
| ..... will keine Hausordnung | ..... gebesserter Ges.-Zust.        |
| ..... anderes                | ..... nicht erhob. .... nicht abkl. |



### Lebenslauf

Am 5. September 1946 wurde ich in Lemförde geboren. Dort besuchte ich von 1952 - 1956 die Volksschule. Anschließend ging ich zur Graf-Friedrich-Schule in Diepholz, wo ich auch 1965 mein Abitur ablegte. Im Sommersemester 1965 begann ich an der Freien Universität Berlin das Medizinstudium. Dieses schloß ich im Wintersemester 1970/71 mit dem medizinischen Staatsexamen ab. Nach Beendigung der Medizinalassistentenzeit begann ich 1972 in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie.



